TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Xavier DELORE

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
F. PLAN, rue de la Barre, 12

1907

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON, 1895

AIDE D'ANATOMIE
(Concours février 1896.)

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
(Concours novembre 1897.)

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON
(Décembre 1897.)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
(Concours octobre 1898.)

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
(Prix Tremblay 1898.)

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(Prix d'Argenteuil 1899.)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(1900-1907.)

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION
(1901.)

II. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1890.)

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1893.)

III. — ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'anatomie, de prosecteur, de 1895 à 1898 :

CONFÉRENCES D'ANATOMIE
(Semestre d'hiver.)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE
(Semestre d'été.)

En qualité de chef de clinique et de moniteur de clinique chirurgicale :

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE
Dans le service de M. le professeur PONCET.
(De 1898 à 1907.)

IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Mémoires originaux.

1. — Note sur un cas d'hygroma tuberculeux de la bourse infra-patellaire. En collaboration avec M. le professeur agrégé Rochet. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 2 juin 1894.
2. — Syphilis rénale précoce. *Province Médicale*, 7 novembre 1895.
3. — Anévrisme diffus de la jambe par déchirure de l'artère péronière gauche. Ouverture du sac et ligature des deux bouts. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er mai 1896.
4. — Ulcération de l'artère poplitée dans une ostéomyélite prolongée du fémur. Mort. *Arch. prov. de Chirurgie*, janvier 1897 (1 figure).
5. — De l'actinomycose cérébro-spinale. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 24 mai 1896.
6. — Neuro-fibromatose généralisée et xanthome du bras droit. *Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1896.
7. — Écrasement sous-cutané de l'artère et de la veine poplitées. Gangrène consécutive. Amputation. Guérison. *Prov. Méd.*, 1er août 1896 (1 figure).
8. — Résection du sternum dans l'ostéite tuberculeuse. *Province Médicale*, 5 décembre 1896.
9. — Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 5 juillet 1896.
10. — Hématocolpos avec hématométrie, consécutif à un accouchement datant de deux ans. *Annales de Gynécologie*, juin 1897.
11. — Des péritonites traumatiques sans lésions viscérales. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 19 septembre 1897.
12. — Indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques. *Gazette des Hôpitaux*, 22 et 28 septembre 1897.

13. — De la fonction du nouvel urèthre (urèthre hypogastrique) chez les prostatiques anciennement cystostomisés. Thèse de doctorat (12 figures), Lyon, 1897. Prix Tremblay, 1898. (Académie de Médecine).

14. — Neuro-fibromatose et névrome plexiforme. En collaboration avec M. Bonne. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* 27 mars 1898.

15. — De l'orchidotomie. Epididymectomie avec incision exploratrice du testicule dans la tuberculose testiculaire. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 12 juin 1898.

16. — Note sur deux énormes hernies crurales. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 24 juillet 1898 (2 figures).

17. — Ostéo-périostite albumineuse due à un nouvel agent pathogène. En collaboration avec M. Pébu. *Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1898.

18. — De la cystostomie sus-pubienne. Historique Indication. Manuel opératoire. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und-Sexual organe.* Leipzig, 10 septembre 1898.

19. — Kyste dermoïde suppuré du plancher buccal. En collaboration avec M. Pont. *Gaz, hebd. de Méd. et de Chir.*, 14 octobre 1898.

20. — Des fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque. En collaboration avec M. Molin. *Arch. prov. de Chirurgie*, novembre 1898.

21. — Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Application de cette méthode aux diverses lésions des voies urinaires. En collaboration avec M. le Professeur Poncet. Paris, Masson, 1899, 450 pages et 42 figures, (ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, prix d'Argenteuil, 1899).

22. — De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. *Revue de Chirurgie*, p. 585 et 744. Année 1899. En collaboration avec M. Bérard (65 pages et 9 figures).

23. — Des fistules vésico-ombilicales congénitales chez les prostatiques. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und Sexual organe*, Leipzig, 1899.

24. — Mastoïdite et thrombose du sinus latéral. Trépanation de la mastoïde. Ligature de la jugulaire interne. Guérison. *Gazette des Hôpitaux*, mars 1899.

25. — Hydronéphrose congénitale double. Malformation de l'orifice urétéro-vésical droit. En collaboration avec M. Carrel. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 6 avril 1899 (1 figure).

26. — Uréthrostomie périnéale pour rétrécissements avec fistules périnéales incurables de l'urèthre. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, mai 1899.

27. — Nouveaux cas de botryomycose humaine. *Gaz. hebd.*, 7 septembre 1899 (3 figures).

28. — De la résection précoce du genou dans les arthrites infectieuses traumatiques. *Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1899.

29. — Du traitement des anus colo-vaginaux. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales*, mars 1900 (8 figures).

30. — Volvulus de l'anse oméga. En collaboration avec M. Thévenot. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 24 décembre 1899 (2 figures).

31. — Enorme calcul d'oxalate de chaux. Perforation vésicale. *Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1900 (2 figures).

32. — De la cystostomie sus-pubienne dans le cancer de la prostate. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 5 avril 1900 (1 figure).

33. — Grenouillette congénitale. Enorme kyste branchial du plancher buccal, ayant apparu à l'âge de 38 à 39 ans. *Gaz. hebd.*, 4 mars 1900 (1 figure).

34. — Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. En collaboration avec M. le professeur A. Poncet. Paris, Masson, 1900, 160 pages et 12 figures.

35 — Cystostomie sus-pubienne datant de 6 ans, avec continence parfaite du méat hypogastrique, chez un vieillard de 78 ans. Mort, à 84 ans, de cirrhose hépatique. Intégrité de l'appareil urinaire. *Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1900.

36. — Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale. *Gaz. des Hôpitaux*, 12 juin 1900 (1 figure).

37. — Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli. Guérison. *Gaz. des Hôpitaux*, 4 septembre 1900.

38. — Arthrite suppurée du genou gauche d'origine traumatique. Arthrotomie. Guérison. *Gaz. hebd.*, 9 septembre 1900.

39. — Botryomycome de la face palmaire du petit doigt. En collaboration avec M. Ch. Gauthier, 1 figure. *Gaz des Hôpitaux*, 8 novembre 1900.

40. — De l'ectopie testiculaire sous-cutanée abdominale. *Arch. prov. de Chir.*, février 1901. En collaboration avec M. Leriche.

41. — De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin. En collaboration avec M. Patel. *Revue de Chirurgie*, mars 1901 (3 figures).

42. — Traitement de l'anus contre nature (en particulier par l'entérectomie suivie de réunion intestinale à l'aide du bouton anastomotique). En collaboration avec M Patel. *Revue de Chirurgie*, mai et juin 1901 (34 pages, 8 figures).

43. — Réflexions sur l'appendicite pelvienne. *Bulletin médical*, 4 septembre 1901.
44. — De l'appendicectomie sous-séreuse. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 13 février 1902. *Archives générales de Médecine*, 11 janvier 1904.
45. — De l'albuminurie massive dans la compression des uretères par tumeurs pelviennes. *Bulletin médical*, 28 mai 1902.
46. — De l'ectopie congénitale du rein (considérations cliniques et thérapeutiques). *Revue de Chirurgie*, septembre 1902.
47. — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites suppurées aiguës. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, juillet 1902.
48. — Des fibromes du corps thyroïde. *Revue de Chirurgie*, 1903 (1 fig.).
49. — De l'ascite dans les fibromes utérins (en collaboration avec M. Leriche). *Gaz. des Hôpitaux*, mai 1903.
50. — Du mécanisme de l'occlusion aiguë dans le cours de l'invagination intestinale chronique. *Lyon Médical*, 24 mai 1903.
51. — De l'entrée de l'air dans les veines, pendant les opérations gynécologiques. *Revue de Chirurgie*, janvier 1904.
52. — Cancer de l'estomac simulant l'ulcère. Périgastrite adhésive (en collaboration avec M. Leriche). *Revue de Chirurgie*, février 1904.
53. — De la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire (en collaboration avec M. Savy). *Bulletin Médical*, 3 octobre 1903.
54. — Contribution à l'étude de la fréquence, des symptômes et du traitement du cancer du corps thyroïde (15 observations, 4 figures). *Revue de Chirurgie*, avril et août 1904.
55. — De l'entrée de l'air dans les veines (en collaboration avec M. Duteil). *Revue de Chirurgie*, mars 1905.
56. — Statistique des opérations de goitre à la clinique de M. le professeur Poncet (en collaboration avec M. Piollet). Congrès avancement des sciences, Grenoble 1904. *Bulletin Médical*, 12 septembre 1904.
57. — De la périnéorraphie à étages, (myorraphie des releveurs de l'anus, en collaboration avec M. Jacod). *Lyon Médical*, 11 septembre 1904.
58. — Sténose de l'intestin grêle consécutive à un étranglement herniaire (en collaboration avec M. Jacod). *Lyon Médical*, 6 novembre 1904.
59. — Anurie calculeuse et rein unique (avec M. Duteil). *Archives générales de Médecine*, décembre 1904.
60. — Le cancer de l'antre pylorique (en collaboration avec M. Leriche). *Revue de Chirurgie*, septembre 1905.

61. — Du traitement des invaginations intestinales chroniques étendues, en particulier par la résection du boudin. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales*, juillet et août 1905 (11 figures).

62. — Pylorectomies avec gastrectomies plus ou moins étendues dans le cancer de l'estomac (note sur 12 ablations partielles de l'estomac), Poncet et Delore. *Académie de Médecine*, 25 juillet 1905.

63. — Des gros kystes de l'ouraque (en collaboration avec M. Cotte). *Revue de Chirurgie*, 1906, pp. 403-430.

64. — Recherches expérimentales sur l'entrée de l'air dans les veines du petit bassin. Poncet et Delore. *Livre d'or du professeur Pozzi*, 1906.

65. — De l'extirpation des anévrysmes supérieurs de la carotide primitive. *Revue de Chirurgie*, janvier 1907.

66. — De l'amputation périnéale du rectum cancéreux (avec M. Chalier). *Revue de Chirurgie* (sous presse).

67. — De l'ectopie périnéale du testicule, considérations sur la pathogénie (collaboration avec M. Mouriquand, sous presse) (*Bulletin médical*).

68. — Léiomyome malin de l'estomac (avec M. Leriche). *Bulletin Médical*, 20 septembre 1905.

II. — Communications aux Sociétés Savantes.

Double rein polikystique. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, juillet 1894. *Lyon Médical*, 30 septembre 1894.

Tuberculose miliaire aiguë de la gorge (Maladie d'Isambert). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, mars 1895. *Lyon Medical*, juillet 1895.

Ulcération de l'artère poplitée droite dans le cours d'une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, janvier 1896.

Epithélioma sébacé primitif de la fesse. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 22 mars 1896. *Province Médicale*, 5 avril 1896. *Lyon Médical*, 3 mai 1896.

Neuro-fibromatose généralisée. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 29 mars 1896. *Lyon Médical*, 10 mai 1896.

Pseudo-actinomycose de l'angle de la machoire. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 22 avril 1896. *Province médicale*, 25 avril 1896.

Lame de couteau implantée entre la base des apophyses épineuses depuis 14 ans. Réveil des phénomènes inflammatoires il y a deux mois. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 6 mai 1896. *Prov. Médic.*, 9 mai 1896. *Lyon Médical*, 21 juin 1896.

Ecrasement sous-cutané des vaisseaux poplités. Gangrène consécutive. Amputation. *Soc. des Sc. Méd.*, 10 juin 1896. *Prov. médicale*, 13 juin 1896 et *Lyon Médical*, 26 juillet 1896.

Neuro-fibromatose généralisée. *Société nationale de Médecine de Lyon*, 29 mars 1897. *Province médicale*, 3 avril 1897 et *Lyon Médical*, 11 avril 1897.

Exostose sous-unguéale du second orteil. Sa pathogénie. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 17 mai 1897. *Lyon Médical*, 30 mai 1897.

Pustule maligne à évolution bénigne de la région sous-maxillaire. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 24 mai 1897. *Lyon Méd.*, 13 juin 1897.

Ancienne cystostomie sus-pubienne avec méat hypogastrique continent depuis quatre ans. Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale. Autopsie. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 19 juillet 1897. *Lyon Médical*, 4 juillet 1897.

Nanisme et atrophie thyroïdienne. Tuberculose verruqueuse du talon. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 19 juillet 1897. *Lyon Médical*, 1er août 1897.

Du méat hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystostomisés. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Saint-Etienne, 9 août 1897. *Bulletin Médical*, septembre 1897.

Ankylose osseuse de la hanche, suite d'ostéomyélite ; pièce anatomique. *Soc. de Méd. de Lyon*, 20 décembre 1897. *Lyon Médical*, 2 janvier 1898.

Epididymectomie avec incision exploratrice du testicule dans la tuberculose testiculaire. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 11 mai 1898. *Lyon Médical*, 26 juin 1898 et *Province Médicale*, 21 mai 1898.

Occlusion intestinale par torsion de l'intestin et de son mésentère autour d'un axe formé par une bride pathologique salpingo-intestinale. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 23 mai 1898. *Lyon Médical*, 12 juin 1898 et *Province Médicale*, 28 mai 1898.

Actinomycose anale, péri-anale et péri-vésicale. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 1er juin 1898. *Lyon Médical*, 10 juillet 1898 et *Province Médicale*, 4 juin 1898.

Enorme hernie crurale gauche. Récidive. *Soc. des Sciences Médicales*, 8 juin 1898. *Lyon Médical*, 17 juillet 1898, et *Province Médicale*, 11 juin 1898.

Rétrécissement syphilitique du pharynx inférieur. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 1895.

Occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. En collaboration avec M. Bérard. *Société de Chirurgie de Lyon*, janvier 1899. *Province Médicale*, février 1899.

Résection des nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur à la base du crâne. Procédé de Kronlein. En collaboration avec M. Bérard. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 3 février 1899. *Lyon Médical*, 2 avril 1899.

Thrombose du sinus latéral dans une mastoïdite. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Ligature de la jugulaire interne. Guérison. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 22 février 1899. *Lyon Médical*, 16 avril 1899, et *Province Médicale*, 25 février 1899.

Invagination de la vessie dans l'uretère. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 8 mars 1899. *Province Médicale*, 12 mars 1899.

Résection iléo-cœcale dans une invagination avec sphacèle. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 13 mars 1899. *Province médicale*, 19 mars 1899, et *Lyon Médical*, 14 mai 1899.

Occlusion intestinale par torsion partielle du mésentère. Eviscération. Guérison. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 23 mars 1899. *Province Médicale*, 2 avril 1899, et *Lyon Médical*, 21 mai 1899.

Laparotomie dans la péritonite par perforation de l'ulcère latent de l'estomac. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 30 mars 1899. *Province Médicale*, 9 avril 1899, et *Lyon Médical*, 28 mai 1899.

Hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome intra-ligamentaire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 avril 1899. *Province médicale*, mai 1899, et *Lyon Médical*, 18 juin 1899.

Obstruction intestinale aiguë par gros calcul biliaire. Entérotomie. *Soc. nat. de Méd. de Lyon*, 29 mai 1899. *Lyon Méd.*, 18 juin 1899.

Un cas de botryomycose humaine. *Soc. nationale de Médecine de Lyon*, juin 1899. *Lyon Médical*, juillet 1899.

De l'obstruction intestinale par torsion du mésentère (6 observations). *Congrès français de Chirurgie*. 20 octobre 1899. En collaboration avec M. Bérard.

Procédé de nécessité dans la cure radicale des fistules colo-vaginales, *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 25 octobre 1899. *Province médicale*, 28 octobre 1899, et *Lyon Médical*, décembre 1899.

Brûlures étendues traitées par la méthode antiseptique. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 8 novembre 1899. *Prov. Méd.*, 11 novembre 1899 et *Lyon Médical*, 26 novembre 1899.

Contusion abdominale. Rupture du foie. Hémorrhagie. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 13 décembre 1899. *Prov. méd.*, 16 décembre 1899 et *Lyon Médical*, 14 janvier 1900.

Résection précoce du genou dans une arthrite infectieuse traumatique. Guérison. *Soc. des Sc. Méd.*. 28 février 1900. *Prov. Méd.*, 3 mars 1900 et *Lyon Médical*, 15 avril 1900.

Un cas de tétanos guéri par la méthode de Baccelli. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 11 juillet 1900. *Lyon Médical*, 19 août 1900.

De l'exclusion de l'intestin dans la tuberculose iléo-cœcale. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 3 janvier 1901. *Lyon Médical*, 27 janvier 1901.

Calcul d'oxalate de chaux. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 13 décembre 1899. *Lyon Médical*. 14 janvier 1900.

Cancer thyroïdien. Thyroïdectomie. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 3 juillet 1901.

Epanchement sanguin extra-dure-mérien. Trépanation. Guérison. *Soc. de Méd. de Lyon*, 22 juillet 1901.

Résultats éloignés d'une ancienne résection tibio-tarsienne. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 8 février 1902.

De l'albuminurie dans la compression des uretères par fibromes utérins. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 février 1902.

De la thyroïdectomie dans le cancer thyroïdien. *Soc. des Sc Méd. de Lyon*, 19 mars 1902.

Volumineux fibrome du corps thyroïde. *Soc. de Méd. de Lyon*, 14 avril 1902.

Enchondrome de la paroi thoracique. Ablation. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 21 mai 1902.

Sarcome du rein gauche secondaire à un ostéosarcome du fémur. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 28 mai 1902.

Cancer double des ovaires et cancer utério. Castration abdominale totale. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 26 mai 1902.

Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Laparotomie. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 28 mai 1902.

Cancer du rein. Néphrectomie lombaire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, juin 1902.

De la thyroïdectomie dans les thyroïdites suppurées aiguës. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, juillet 1902.

De l'entéro-anastomose dans les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, juin 1902.

Fibrome de l'ovaire droit tordu. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 22 octobre 1902.

Périgastrite adhésive. Libération des adhérences. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 22 octobre 1902.

Nouvelles observations de botryomycose. *Gaz. des Hôpitaux*, 22 octobre 1902.

De la péritonite par perforation dans la fièvre thyphoïde. *Soc. des Sc. Médicales*, 14 janvier 1903.

Fibrome utérin sphacélé expulsé par voie vaginale. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 2 mars 1903.

Néphrectomie dans la tuberculose primitive du rein *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, mars 1903.

Mort subite par entrée de l'air dans les veines pendant une hystérectomie abdominale. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 25 mai 1903.

Gastro-pylorectomie. Guérison. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 10 juin 1903.

De l'exclusion unilatérale du gros intestin dans le cancer du gros intestin. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 18 novembre 1903.

Résultat de six pylorectomies. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, avril 1904.

Splénectomie dans la maladie de Banti. Splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate. Résultats éloignés. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 25 novembre 1903 et 13 janvier 1904. (En collaboration avec M. Latarjet).

Résection iléo-cæcale pour cancer du cæcum (avec M. Duteil). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 19 octobre 1904.

Rein unique et anurie calculeuse. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 19 octobre 1904.

Résultat éloigné de quatre pylorectomies (avec M. Armand). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 octobre 1904.

Présentation d'une pylorectomie, technique opératoire. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 octobre 1904.

Ablation totale de l'humérus pour une ostéomyélite tuberculeuse (avec M. Grand-Clément). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 21 décembre 1904.

Invagination intestinale par tumeur. Résection du boudin (avec M. Adler). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 23 mars 1905.

Faux kyste poplité. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 5 avril 1905.

Enorme kyste de l'ouraque (avec M. Cotte). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 14 juin 1905.

Ulcère du duodénum et sténose (avec M. Cotte). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 21 juin 1905.

Gastrectomie subtotale (avec M. Cotte). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 28 juin 1905.

Prostatectomie totale transvésicale (avec M. Cotte). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 25 octobre 1905.

Gastro-entérostomie dans l'ulcère de l'estomac. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 25 octobre 1905.

Gastrectomie dans une linite plastique (avec M. Leriche). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 29 novembre 1905.

Goitre basedowifié. Enucléation intra-glandulaire. Guérison. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 31 janvier 1906.

Prostatectomie transvésicale (avec M. Thévenot). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 28 février 1906.

Occlusion intestinale post-typhique. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 14 mai 1906.

Cirrhose hypertrophique tuberculeuse de la rate. Splénectomie (avec M. Gabourg). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 4 juillet 1906.

Anévrysme de la carotide primitive. Extirpation (avec M. Leriche). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 7 mars 1906.

5 Pylorectomies. *Soc. des Sc. Méd de Lyon*, 7 et 14 novembre 1906.

Tuberculose iléo-cœcale. Résection iléo-cœcale. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 7 novembre 1906 (avec M. Chalier).

Plaie de l'abdomen par coup de couteau. Résection intestinale (avec M. Alamartine). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 28 novembre 1906.

Pharyngectomie (avec M. Alamartine). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 16 janvier 1907.

Fibrome utérin gangrené consécutif à la fièvre typhoïde (avec M. Chalier). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 6 février 1907.

Amputation périnéale étendue du rectum (avec M. Chalier). *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 20 février 1907.

III. — Collaboration à des thèses.

Burdet. — De la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocéles (Th. Lyon, 1895-96).

Dormoy. — Des appendicites à forme pelvienne (Th. Lyon, 1897).

Boudriot. — Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites (Th. Lyon, 1897).

Heusch. — Des péritonites traumatiques sans lésions viscérales dans les contusions de l'abdomen (Th. Lyon, 1898).

Boeri. — Des corps étrangers du coude d'origine traumatique (Th. Lyon, 1898).

Vanhaoensorgh. — Considérations sur le diagnostic des tumeurs des parties molles de la jambe (Th. Lyon, 1898).

Hahn. — Traitement des hématuries vésicales par la cystostomie sus-pubienne (Th. Lyon, 1898-1899).

Prallet. — Des embolies veineuses d'origine traumatique (Th. Lyon, 1898).

Fabre. — De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère (Th. Lyon, 1898).

André. — Contribution à l'étude des trochantérites (Th. Lyon, 1898-1899).

Fléchet. — Des fistules vésico-ombilicales congénitales, chez les prostatiques (Th. Lyon, 1898-1899).

Rattier. — Des épanchements urineux d'origine rénale (Th. Lyon, 1898-1899).

Magnoux. — De l'invagination iléo-cœcale par tumeur (Th. Lyon, 1899-1900).

Nurdin. — De l'ectopie congénitale du rein (Th. Lyon, 1900).

Payan. — De l'obstruction intestinale aiguë par calculs biliaires (Th. Lyon, 1900).

Bricka. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire (Th. Lyon, 1898-1899).

Mailhetard. — De la résection précoce du genou dans les arthrites infectieuses traumatiques (Th. Lyon, 1899-1900).

Verdan. — Du spasme essentiel de l'urèthre (Th. Lyon, 1899-1900).

Laplanche. — Résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale (Th. Lyon, 1899-1900).

Garnaud. — Des déchirures sous-cutanées des vaisseaux fémoraux et poplités (Th. Lyon, 1898-1899).

Allard. — Du volvulus de l'anse oméga (Th. Lyon, 1899).

Badie. — Le cancer sous-muqueux de l'intestin (Th. Lyon, 1899-1900).

Niéger. — De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel (Th. Lyon, 1899-1900).

Petit. — Variété de fracture de l'astragale (Th. Lyon, 1899-1900).

Laurent. — Traitement des fractures compliquées de l'humérus par la résection et le drainage (Chirurgie à ciel ouvert) (Th. Lyon, 1899-1900).

Fabre. — De l'état du col vésical dans l'hypertrophie prostatique (Th. Lyon, 1899-1900).

Vincent. — Les tumeurs sous-unguéales douloureuses (Th. Lyon, 1899-1900).

Parini. — Des fistules colo-vaginales (Th. Lyon, 1899-1900).

Blain. — Du bouton de Murphy dans la hernie étranglée (Th. Lyon, 1900-1901).

Raoult. — Contribution à l'étude de la thyrotomie (Th. Lyon, 1900-1901).

Chappelier. — De la médication thyroïdienne dans les pseudarthroses (Th. Lyon, 1900-1901).

Sivan. — Des anévrysmes de l'artère péronière (Th. Lyon, 1900-1901).

Feldmuller. — De l'occlusion intestinale à travers l'épiploon (Th. Lyon, 1900-1901).

Michel. — Les plaies du rectum par armes à feu (Th. Lyon, 1900-1901).

CORNET. — De la thrombo-phlébite du sinus latéral dans les ostomastoïdites (Th. Lyon, 1900-1901).
PICHON. — De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques (Th. Lyon, 1900-1901).
GANTSCHEFF. -- Des exostoses de l'omoplate (Th. Lyon, 1901-1902).
PETROFF. — Des ruptures intra-péritonéales du rein (Th. Lyon, 1901-1902).
CHRÉTIEN. — Traitement du tétanos par la méthode Baccelli (Th. Lyon, 1901-1902).
STILELET. — Des ruptures traumatiques des hydrocèles vaginales (Th. Lyon, 1901-1902).
DELEUZE. — Des ruptures spontanées intra-péritonéales de la vessie (Th. Lyon, 1901-1902).
DELEUIL. — De la thyroïdectomie ou de la strumectomie dans les thyroïdites suppurées aiguës (Th. Lyon, 1902-1903).
MAY. — Traitement de la névralgie trifaciale par l'opération de Kronlein (Th. Lyon, 1902-1903).
TCHAKMAKOFF. — Des fibromes de l'ovaire (Th. Lyon, 1903).
OUMANOFF. — Des fibromes du corps thyroïde (Th. Lyon, 1903).
PIANTE. — De l'entrée de l'air dans les veines du petit bassin (Th. Lyon, 1903-1904).
BAGARY. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du corps thyroïde (Th. Lyon, 1903-1904).
GAILLETON. — Traitement des invaginations intestinales chroniques (Th. Lyon, 1906).
BONNE. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum (Th. Lyon, 1906).

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX MÉMOIRES

TÊTE ET COU

Thrombose du sinus latéral et mastoïdite. — Trépanation de l'apophyse mastoïde, et ligature de la jugulaire interne.

Société des Sciences Médicales de Lyon, 22 février 1899.

Mastoïdite compliquée de thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne. — Trépanation de l'apophyse mastoïde, drainage du sinus; ligature de la jugulaire interne. — Guérison.

Gazette des Hôpitaux, 28 mars 1899.

Dans ces communications, nous avons relaté une observation de mastoïdite, compliquée do thrombo-plébite du sinus latéral et de la jugulaire interne, que nous avons recueillie dans le service de M. Poncet. Malgré la gravité du pronostic, en pareil cas (Broca, Chipault, Jones, Duplay), nous avions obtenu une guérison. Ce travail fut le point de départ d'un mémoire de M. Cornet (Th. de Lyon 1900-1901). Nous avons insisté plus particulièrement sur le diagnostic et le traitement.

Le diagnostic avait été présumé, bien que la thrombose de la jugulaire interne ne fût pas apparente. C'est qu'en effet, il s'agissait d'une thrombose non compliquée de suppuration crânienne : le début brusque, les frissons, la céphalée occipito-temporale, les oscillations thermiques, les adénites cervicales, la conservation de l'intelligence constatés chez notre malade sont, en général, considérés comme symptômatiques de l'envahissement du sinus latéral, lorsqu'ils surviennent chez un individu affecté d'une ancienne suppuration otique et d'accidents récents dn côté de la mastoïde.

Quand le diagnostic est fermement établi, il résulte de l'examen critique des différentes méthodes, employées jusqu'à ce jour, que la conduite à tenir est la suivante. Dans les cas où la veine jugulaire est atteinte de thrombose, on doit operer en trois temps : 1° trépanation de la mastoïde, mise à nu et exploration du sinus ; 2° ligature de la jugulaire interne ; 3° ouverture et désinfection du sinus.

Contrairement à l'opinion de MM. Broca et Maubrac, nous pensons qu'il est préférable de pratiquer la ligature de la jugulaire après ouverture du sinus, à cause de l'obscurité du diagnostic de thrombo-phlébite du sinus.

Tuberculose miliaire aiguë de la gorge.

Lyon Médical, 21 juillet 1895.

La maladie d'Isambert, ou tuberculose miliaire aiguë de la gorge, est rare. Aussi M. Garel nous avait-il engagé à publier un cas, rapporté, depuis, dans la thèse de M. Hugot (Lyon, 1900-1901). Une tuberculose aiguë, à point de départ amygdalo-palatin avait entraîné la mort en 40 jours.

Cette localisation tuberculeuse, étudiée, par Isambert, en 1872, Angelot, en 1883, Cornil, Tauber, puis Garel (1893), est caractérisée par un début ordinairement brusque. Elle frappe d'emblée le voile du palais, descend sur le larynx et les poumons, qu'on retrouve infiltrés de granulations miliaires, provoque une dysphagie intense, du nasonnement, etc., et se termine par une mort rapide en trois ou quatre mois au plus. La dysphagie ressemble, par son intensité, à la dysphagie syphilitique (Garel, Dieulafoy) ; mais nous croyons que l'examen direct des lésions ne laisse pas ordinairement place au doute.

Au début, l'herpès du voile du palais, qui n'a qu'une durée éphémère, une disposition saillante des glandes de la région peuvent en imposer. A la *période ulcéreuse*, on distinguera les ulcérations tuberculeuses chroniques, par leur lente évolution, leur indolence, leur profondeur, leurs poussées successives (Hermantier, th. Paris, 1886). Bien qu'il s'agisse d'une même infection tuberculeuse, le pronostic

est, en effet, différent entre la tuberculose miliaire aiguë et les ulcérations chroniques. Ces dernières peuvent guérir par un traitement local approprié ; la tuberculose miliaire se termine fatalement par une généralisation pulmonaire.

Raoux. — **Contribution à l'étude de la thyrotomie.**

Thèse de Lyon, 1900-1901.

Nous avons inspiré ce travail, en nous basant sur une observation recueillie dans le service de M. Poncet. Après trachéotomie préalable, nous avions pratiqué la thyrotomie, chez une malade suffocant par rétrécissement tuberculeux de la glotte. L'opération avait été suivie de l'ablation d'un tubercule, simulant un sarcome. Le résultat thérapeutique s'est maintenu : l'amélioration a persisté depuis un an.

La thyrotomie, précédée d'une trachéotomie préliminaire, convient surtout aux tumeurs bénignes, aux traumatismes récents ou anciens du larynx.

Elle est rarement indiquée dans les lésions inflammatoires du larynx. Cependant on l'a employée avec succès dans certaines lésions post-typhiques, séquestres ou rétrécissements, dans les rétrécissements syphilitiques rebelles au traitement spécifique, dans le sclérome du larynx. *Le curetage et l'excision des cordes vocales tuberculeuses, à forme éléphantiasique, nous a procuré un résultat thérapeutique encourageant.* Tout en insistant sur ce fait, nous remarquons que des observations plus nombreuses seraient nécessaires pour trancher la question du traitement chirurgical de la tuberculose primitive du larynx, à forme sténosante, au moyen de la thyrotomie.

Note sur une grenouillette congénitale. Enorme kyste branchial du plancher de la bouche.

Gaz. heb. de Médecine et de Chirurgie, 8 mars 1900.

Après avoir rappelé, dans deux mémoires, la pathogénie des kystes dermoïdes d'après les données nouvelles (His, Lannelongue, Kirmisson, etc...) nous insistons sur quelques détails.

L'âge d'apparition du kyste peut être tardif. Chez le second sujet, un énorme kyste branchial, saillant dans la bouche, n'avait manifesté sa présence que vers l'âge de 38 à 39 ans. On conçoit la difficulté du diagnostic entre cette grenouillette congénitale, suivant l'expression ancienne, et la grenouillette acquise. Dans de telles conditions, la mollesse spéciale de la tumeur, son évolution lente, sa situation médiane, le soulèvement de la langue constituent, avec la constatation d'une adhérence kyoïdienne, des signes en faveur du kyste dermoïde.

La voie de choix pour aborder ces tumeurs est la voie buccale, en combinant, toutefois, une contre-ouverture sus-hyoïdienne pour parer à la rétention des liquides septiques. Mais la tumeur fait-elle saillie à la peau, adhère-t-elle à l'os hyoïde, on l'enlèvera par voie transhyoïdienne (Vallas).

Ces kystes s'enflamment souvent et déterminent parfois des phénomènes d'asphyxie, par gonflement et refoulement de la langue : cette complication est notée dans notre première observation. La même malade est un exemple de récidive du kyste, ou plutôt de sa persistance, lorsqu'on n'a pas enlevé toute la paroi. L'ablation totale de la paroi constitue donc la condition essentielle de la cure radicale.

Pustule maligne du cou à évolution bénigne

Société de Médecine de Lyon, 24 mai 1897.

A propos d'un cas observé, dans le service de M. Poncet, nous avons étudié l'historique, le pronostic et le traitement de cette variété du charbon, plus fréquente et souvent plus bénigne qu'on le suppose. Le pronostic bénin coïncide souvent avec l'apyrexie, l'absence de bactéridies dans le sang, l'absence de douleur (Verneuil, Nicaise). Tous ces signes sont cependant inconstants.

Nanisme par atrophie du corps thyroïde.

Société nationale de Médecine de Lyon, 19 juillet 1897.

25 ans, homme de 1 m. 41. N'a plus de corps thyroïde. L'atrophie thyroïdienne s'étant produite à un âge suffisam-

ment avancé, 10 à 14 ans environ, cet homme est intelligent. Les rayons X ayant démontré la persistance des cartilages de conjugaison des fémurs et tibias, cet homme a été soumis au traitement thyroïdien. On a signalé des exemples d'augmentation de la taille par cette thérapeutique chez les athyroïdiens.

Réeection dee nerfs maxillaires supérieur et inférieur à la base du crâne dans la névralgie faciale (procédé de Kronlein).

(En collaboration avec M. Bérard.)

Société des Sciences Médicales de Lyon, 8 février 1899.

De la thyroïdectomie dans les thyroïdites suppurées aiguës

Gazette hebd. de médecine et de chirurgie, juillet 1902.

Soc. des Sciences Médicales de Lyon, janvier 1907.

Le traitement des thyroïdites ou des strumites suppurées consiste, le plus souvent, à inciser largement et à drainer la collection. Notre statistique nous donne, à Lyon, huit strumites contre une thyroïdite suppurée. Ce traitement est efficace dans la plupart des cas.

Cependant, quelques strumites rétro-sternales restent rebelles au simple drainage, et l'on peut se voir dans l'obligation de les traiter par l'extirpation. (Kümmer, Poncet). Rarement, on devra pratiquer une thyroïdectomie, puisqu'il s'agit en général, d'une strumite ou inflammation d'un kyste.

Quand à la strumectomie, le chirurgien peut en trouver plusieurs indications : 1° à la période fébrile, en cas de rétention, il devra pratiquer la *strumectomie à chaud*, après inefficacité bien démontrée du simple drainage. Cette nécessité se rencontre dans quelques rares strumites rétro-sternales difficiles à drainer, dans lesquelles le drain ne sort pas au point déclive, mais au plafond de la cavité. 2° à la

période fistuleuse, ce sera la *strumectomie à froid*, pratiquée sans aucun danger. Les indications de cette dernière opération sont autrement fréquentes que celles de la strumectomie à chaud, qui présente certains dangers.

En somme, au niveau du corps thyroïde, les suppurations indiquent quelquefois l'exérèse glandulaire. Il en est de même, du reste, au niveau d'autres organes, tels que les trompes de Fallope, les ganglions, les seins, etc... Cette conclusion résulte des recherches de nos maîtres lyonnais.

Trois observations sont données à l'appui de ces conclusions.

Des fibromes du corps thyroïde.

Revue de chirurgie, 1903.

Ourmanoff, th. de Lyon, 1902-1903.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans la clinique de M. Poncet, un volumineux fibrome du corps thyroïde, nous avons étudié les diverses observations publiées de cette variété histologique de tumeurs, qu'on rencontre exceptionnellement dans cet organe.

La tumeur, qui fut le point de départ de ce travail, réalisait le type du vrai *fibrome encapsulé*, curable définitivement par une véritable énucléation intra-glandulaire. En dehors de l'examen histologique qui révélait les caractères du fibrome pur, d'essence bénigne, nous pouvions donner de cette nature bénigne une confirmation clinique, puisque l'opérée reste indemne de récidive quatre ans après. Il s'agissait bien d'un fibrome pur et non d'un fibro-sarcome, comme on aurait pu l'objecter après le seul examen microscopique.

A côté de ce fibrome solitaire, nous rapportons un cas de *fibromes multiples*, relaté par Wolfler. Enfin, il existe, dans la science, quelques cas de *fibromes diffus,* rangés par les auteurs sous la dénomination de thyroïdite ligneuse. Si les deux premiers types ont été démontrés, il est permis de discuter les observations de fibromes diffus, ou tout au moins quelques-unes d'entre elles, qui devraient plutôt être rangées dans le cadre mal défini des thyroïdites chroniques.

Chirurgie du goitre à la clinique du professeur Poncet. — Statistique des goitres soignés de 1894 à 1904.

(En collaboration avec le docteur Piollet).

Congrès pour l'avancement des Sciences, 1904, Grenoble.

Cette statistique comprend : 1° 152 goitres simples ; 2° 12 strumites ; 3° 56 cancers thyroïdiens.

Nous remarquons que le nombre des femmes est double de celui des hommes, proportion admise déjà.

Les lésions thyroïdiennes bénignes y ont été divisées en : formes énucléables et formes non énucléables ou diffuses. Il ressort de cette étude que les *goitres énucléables* constituent la grande majorité des cas, même dans les tumeurs polikystiques. En effet, en consultant les observations, nous trouvons : 65 énucléations intraglandulaires ou strumectomies ; 28 énucléations massives ; au total, 93 formes énucléables.

La proportion des goitres énucléables augmente, du reste, au fur et à mesure de la perfection de la technique. C'est ainsi que sur 65 goitres, que nous avons opérés en dernier lieu, nous avons pratiqué 60 fois l'énucléation, deux fois la thyroïdectomie partielle et trois fois la résection. En somme, les indications de la thyroïdectomie partielle, de l'exothyropexie et de la résection cunéiforme se restreignent au profit de l'énucléation. Chez les jeunes gens cependant, le goitre diffus est encore fréquent ; mais il relève presque toujours du traitement médical, qui compte dix succès.

Sur 93 énucléations, nous relevons deux morts, antérieures à l'année 1895 ; 21 thyroïdectomies partielles donnent deux morts : 23 exothyropexies, sans mort. Nous avons ainsi 4 décès sur 137 opérations pour goitres bénins, soit 2,90 °/₀ de mortalité.

Nous attirons l'attentiou sur la fréquence des *hématocèles thyroïdiennes*, analogues, dans leur pathogénie, aux hématocèles vaginales. Souvent, l'augmentation de volume du kyste thyroïdien, suivie de troubles fonctionnels variés, est dûe à des hémorragies à répétition, sans grands fracas, bien différentes cliniquement et anatomiquement des hémorragies brusques et abondantes se produisant à l'intérieur du kyste.

Nous avons envisagé ailleurs ce qui concerne les strumites et le cancer thyroïdien.

Du cancer thyroïdien (Contribution à l'étude de sa fréquence, de ses symptômes et de son traitement).

Revue de chirurgie, avril, août 1904, 60 pages (4 fig.).

Dans ce mémoire, nous rapportons quinze observations nouvelles de cancer de la glande thyroïde, recueillies en l'espace de deux ans seulement à la seule clinique de M. le professeur Poncet. Aussi pouvons-nous répéter, avec nos maîtres lyonnais, que le cancer de cet organe devient de plus en plus fréquent au fur et à mesure qu'on connaît mieux la pathologie de la glande thyroïde.

Riche dans les pays goitreux, la dégénérescence s'installe d'ordinaire sur un ancien gojtre : ce cancer peut être appelé, en pareil cas, *goitre cancéreux* (Carrel). Au début, il se présente souvent sous la forme d'une simple hypertrophie et on peut alors le comparer à ce cancer de la prostate, bien mis en relief par M. le professeur Guyon et ses élèves Albarran et Hallé, et qui se masque sous les apparences d'une hypertrophie prostatique bénigne. Plus tard, il détermine des troubles respiratoires par compression de la trachée, à l'instar du cancer prostatique qui entraîne aussi quelquefois des troubles urinaires par compression de l'urètre. Enfin, de même qu'on observe la généralisation dans le cancer prostato-pelvien diffus, de même on voit trop souvent le cancer thyroïdien envahir très rapidement les ganglions du cou.

La forme circonscrite est malheureusement rare, et lorsque les malades se présentent, le diagnostic est facile. L'opération ne peut être que palliative. Le but de cette intervention consistera à rétablir la respiration. On pourra réaliser ce désidératum par la trachéotomie, qui a été employée dans la plupart des cas. Malheureusement, l'ouverture de la trachée donne des résultats déplorables ; les opérés succombent neuf fois sur dix à la broncho-pneumonie dans les quinze jours qui suivent l'acte opératoire. Aussi préférera-t-on, toutes les fois que la tumeur sera limitée à l'un des lobes, la thyroïdectomie. Sur 8 thyroïdectomies



Fig. 1
Goitre cancéreux.

Fig. 2
Goitre cancéreux.

partielles pratiquées, dans ces conditions, à la clinique de M. Poncet, on relève deux morts post-opératoires rapides. La récidive sur place a été notée deux fois Enfin, trois opérés sont morts dans un laps de temps variant de six mois à quinze mois, succombant au progrès de la généralisation ganglionnaire ou viscérale. Il s'agit donc d'une opération purement palliative ; mais, moins grave que la trachéotomie, elle adoucit mieux qu'elle les derniers jours du patient.

Goitre basedowifié. — Enucléation intra-glandulaire. — Guérison.

Société des Sciences médicales de Lyon, 31 janvier 1906.

Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, soignée par MM. Poncet et Leclerc, qui présentait tous les signes d'un goitre exophtalmique. Elle guérit complètement après une énucléation intra-glandulaire, alors que le traitement médical, rigoureusement suivi pendant deux mois, n'avait donné aucun résultat.

La maladie de Basedow était ici manifestement *secondaire* au développement d'un adénome thyroïdien. Le goitre avait fait son apparition quelques semaines avant la tachycardie, le tremblement, l'exophtalmie ; il existait, en outre, de la compression de la trachée qui augmentait progressivement. Dans de telles conditions, on devait agir sur la lésion thyroïdienne encore récente.

Dans les goitres exophtalmiques anciens, les opérations thyroïdiennes sont graves et trop souvent ne donnent pas de résultats. Aussi doit-on savoir dépister de bonne heure ces goitres basedowifiés.

Histologiquement (L. Dor), la tumeur avait plutôt la structure des *parathyroïdes*. Si, dans les goitres basedowifiés, les examens histologiques ultérieurs vérifiaient l'origine parathyroïdienne du noyau goitreux, on pourrait peut-être concevoir une nouvelle pathogénie de la maladie de Basedow. Cette hypothèse cadrerait bien avec les expériences récentes des physiologistes (Doyon), qui produisent de graves troubles nerveux en enlevant les parathyroïdes. La glande thyroïde proprement dite a surtout un rôle nutritif, bien mis en évidence dans le myxœdème.

TUBE DIGESTIF

De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.
(En collaboration avec M. Bérard.)

Société de chirurgie de Lyon, janvier 1899.

De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.
(En collaboration avec M. le profr agrégé L. Bérard.)

Revue de chirurgie, mai et juin 1899 (65 pages, 9 figures).

Ce travail a eu pour point de départ une observation d'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel, recueillie avec M. Bérard, dans le service de M. le professeur Poncet. Le malade avait guéri, après la laparotomie et la résection du diverticule. Nous examinons successivement, dans une revue d'ensemble, la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement. Ce mémoire, de 65 pages avec 9 figures, met surtout en relief la pathogénie, le mécanisme de cette variété d'obstruction.

I. Anatomiquement, le trouble de développement qui entraîne la persistance du diverticule de Meckel, engendre aussi certaines anomalies du côté des vaisseaux omphalo mésentériques. La présence de ces canaux vasculaires, au voisinage du conduit vitellin, permet d'expliquer l'origine congénitale de certaines adhérences du diverticule, au mésentère, à l'ombilic.

Le canal vitellin peut subsister en totalité ou en partie. Sa régression, s'effectuant de l'ombilic à l'intestin, peut s'arrêter :

1° *Soit à l'ombilic même.* — On trouvera alors un conduit étendu de l'iléon à la paroi antérieure de l'abdomen et fixé, par sa terminaison, au péritoine de la région ombilicale; c'est le diverticule iléo-ombilical pourvu, ou non, d'une ouverture fistuleuse au nombril.

2° *Soit à une distance plus rapprochée de l'intestin.* — Le diverticule, libéré de la paroi abdominale, forme un boudin, plus ou moins long, qui s'ouvre dans l'iléon, au voisinage du bord convexe. Il faut, ici, tenir également compte de la disposition des vaisseaux omphalo-mésentériques : suivant qu'ils auront persisté, sur une plus ou moins grande étendue, suivant qu'ils auront conservé des connexions plus ou moins étroites avec le diverticule, on rencontrera :

a) Vaisseaux encore décelables jusqu'à l'ombilic, sous forme de ramuscules ou de tractus fibreux : diverticule adhérent, en cæcum, pourvu d'un méso qui le relie, au mésentère d'une part, à l'ombilic de l'autre.

b) Vaisseaux persistant seulement dans la longueur du diverticule : diverticule libre à l'intérieur de l'abdomen, avec méso dépendant du mésentère.

c) Vaisseaux persistant le long du diverticule, mais n'ayant que des connexions assez lâches avec lui : diverticule adhérent, en cæcum, fixé plus ou moins étroitement au mésentère ou à une anse intestinale, par un point voisin de sa terminaison. Ce point correspond précisément à la région où le canal vitellin était abordé par les vaisseaux omphalo mésentériques.

d) Vaisseaux ayant effectué leur régression complète : diverticule en cæcum, dépourvu de méso et libre à l'intérieur de la cavité abdominale.

Tels sont, embryologiquement, les types que l'on peut rencontrer de vrais diverticules vitellins persistants. Nous retenons, *comme indication clinique, dans les cas d'obstruction, que l'on trouvera des diverticules de Mechel, soit libres, à l'intérieur de la cavité péritonéale, soit congénitalement adhérents à la paroi abdominale, au voisinage de l'ombilic, ou au mésentère, ou à une autre anse intestinale.*

II. — Le mécanisme de l'obstruction intestinale par le diverticule de Meckel varie suivant que le diverticule est libre ou adhérent. Les cas *d'occlusion par le canal vitellin libre sont beaucoup plus rares que ceux dans lesquels l'agent causal est le diverticule adhérent.*

1° DIVERTICULE LIBRE. — Les mécanismes sont assez variés.

a) *Occlusion par invagination.* — Le diverticule est aspiré peu à peu dans l'intestin, au cours du péristaltisme, et entraîne son point d'implantation.

b) *Occlusion par nœud diverticulaire.* — Le nœud diverticulaire est à anse simple le plus souvent.

On a, cependant, rencontré le nœud à anse double (Parise, Lévy). La constriction de l'anse par l'anneau diverticulaire est maintenue au moyen de l'ampoule terminale dilatée du canal, qui forme tampon d'arrêt.

c) *Occlusion par torsion du mésentère.* — Le poids du canal vitellin fixe l'intestin, facilite la torsion et, surtout, la maintient. Le mécanisme est, ordinairement, complexe.

d) *Obstruction par coudure de l'anse.* — Il faut admettre encore, dans cette variété, des éléments complexes. Quelques adhérences maintenaient probablement la fixité du diverticule, dans l'unique observation de Gillette.

2° DIVERTICULE ADHÉRENT OU FIXÉ. — Les adhérences sont congénitales ou acquises. Ces dernières se montrent dans les hernies anciennes, enflammées ou étranglées, ou bien après une poussée inflammatoire dans la cavité péritonéale. Contrairement à quelques auteurs, *nous croyons que la plupart des adhérences s'expliquent par l'embryologie.* Les diverticulites, analogues à l'appendicite, sont rares; les adhérences du diverticule se produisent exceptionnellement sous l'influence d'une infection localisée au canal.

Les divers mécanismes diffèrent peu de ceux que l'on rencontre avec les diverticules libres :

a) *Obstruction par traction directe et coudure de l'anse.* — Au sommet de la convexité de l'anse, s'implante le canal,

fixé d'autre part, congénitalement ou accidentellement, à la paroi abdominale antérieure, au mésentère, au péritoine d'un sac herniaire.

b) *Obstruction par écrasement de l'intestin sous le diverticule tendu.* — Le diverticule, implanté sur une des faces de l'iléon, et non sur son bord convexe, contourne l'anse sur une grande partie de sa circonférence, pour aller se fixer par son cul de sac ou par son méso, sur le mésentère. Il constitue ainsi une véritable bride.

c) *Obstruction par torsion du mésentère et nœud de l'intestin.* — Cette torsion, possible déjà avec un diverticule libre, s'effectue plus facilement, si l'anse intestinale peut prendre un point fixe sur le diverticule adhérent.

d) *Occlusion par bride formant anneau.* — Le diverticule forme parfois un anneau brisé ou une portion d'anneau, fermée par la paroi abdominale et par le mésentère. Dans cet anneau, peut s'engager une anse intestinale.

Sauf contre indications tirées de l'état général, de l'incertitude du diagnostic. etc., nous considérons la laparotomie comme l'opération de choix. Seule, elle permet de remplir toutes les indications.

Occlusion intestinale par torsion d'une anse adhérente à la trompe.

Société nationale de médecine de Lyon, 23 mai 1898.

Occlusion intestinale par torsion partielle du mésentère. — Eviscération intestinale. — Guérison.

Société des Sciences médicales de Lyon, 23 mars 1899.

De l'obstruction intestinale par torsion du mésentère (6 observations personnelles).

(En collaboration avec M. Bérard.)

Congrès français de chirurgie, Paris, octobre 1899.

Dans ces différentes communications, nous avons attiré l'attention sur la fréquence relative de la torsion partielle

du mésentère, mise en comparaison avec la torsion totale étudiée par Delbet, Kirmisson, Monod, à la Société de chirurgie en 1898. Nous avons pu en recueillir six observations, avec M. Bérard, en moins de deux ans, dans le service du professeur Poncet.

Le mécanisme de cette torsion variait, suivant que les anses tordues étaient fixes ou mobiles. Dans le premier cas, la traction produit une coudure qui entretient l'obstruction, en même temps que la torsion complète l'obstacle. Dans cinq cas sur six, l'anse obstruée était libre dans la cavité abdominale, mais toujours prolabée vers le bassin. Nous avons donc supposé que la cause prédisposante, capitale, de la torsion, était l'allongement préalable du mésentère. Trois fois sur cinq, des hernies avaient déterminé cet allongement. Chez les deux autres, une ptose générale des viscères expliquait cette disposition du mésentère.

La torsion s'était toujours produite dans le sens des aiguilles d'une montre, suivant l'orientation déjà indiquée par l'insertion générale du mésentère, de haut en bas et de gauche à droite. La péritonite est fréquente ; elle s'explique par la transsudation microbienne, lorsqu'il n'y a pas de perforation.

Un fait digne de remarque, c'est l'absence ou la rareté des vomissements ; parfois avec un météorisme très net et un état général profondément atteint, il persiste une perméabilité relative du bout inférieur de l'intestin, traduite par l'émission de quelques matières ou gaz. La torsion, primitivement incomplète, se complète les jours suivants.

Invagination iléo-cæcale produite par un myome pédiculé de l'intestin grêle. — Sphacèle du boudin. — Résection iléo-cæcale.

Société nationale de médecine de Lyon, 13 mars 1899.

Lyon Médical, 14 mai 1899 (fig. 3 et 4).

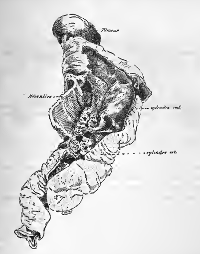


Fig. 3
Boudin invaginé avec une tumeur pédiculée insérée sur sa tête.
Le cylindre moyen a été inséré en long.

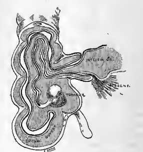


Fig. 4 (Schéma)
Coupe verticale et transversale du cæcum. — Invagination iléo-cæcale.

Du mécanisme de l'occlusion aiguë dans le cours de certaines invaginations intestinales chroniques.

Lyon Médical, 24 mai 1903.

Du traitement des invaginations intestinales chroniques étendues — Résection du boudin après incision de la gaîne

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales, juillet-août 1905 (11 figures).

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, dans le service de M. le professeur Poncet, trois invaginations intestinales chroniques étendues ; ce sont les méthodes opératoires suivies et les résultats obtenus que nous commentons dans ces mémoires, et surtout dans le dernier.

Une fois, la résection en masse fut employée avec un insuccès ; deux fois, nous avons pratiqué la résection du boudin, à travers une incision de la gaîne, avec deux guérisons qui se maintiennent, l'une depuis quatre ans, l'autre depuis deux ans. Sur ces trois observations, deux fois l'invagination avait été causée par des tumeurs mobiles, pédiculées et bénignes de l'intestin grêle.

La résection simple du boudin séduit par sa simplicité ; l'opération est rapide, sans choc. Au contraire, la résection en masse du segment invaginé nous a paru une opération grave, souvent mortelle lorsqu'on a affaire à des invaginations étendues où l'on trouve le cæcum à l'anus et le collier vers l'hypochondre gauche, au-dessous du diaphragme. En pareil cas, la désinvagination est-elle impossible ? on aurait avantage à recourir à la résection du boudin (fig. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

La résection en masse serait réservée aux cas de sphacèle ou de tumeurs malignes, ou aux petites invaginations.

Quant à l'entéro-anastomose, à l'exclusion intestinale, ou à l'anus contre nature, leurs indications paraissent exceptionnelles Ces opérations palliatives sont, en effet, aussi dangereuses que la résection du boudin On les emploierait cependant, s'il s'agissait de ces cas complexes (tumeur

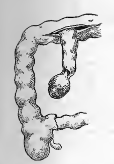


Fig. 5 (Schéma)
La gaine a été incisée (trop loin du collier, par erreur), et le boudin est attiré au dehors avec la tumeur.

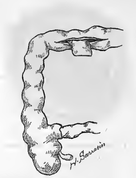


Fig. 6 (Schéma)
Le boudin est sectionné au ras de l'incision de la gaîne.

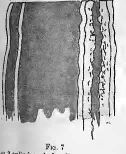


Fig. 7
Les 2 cylindres du boudin sur une coupe longitudinale, avec le mésentère interposé.

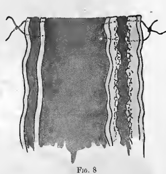


Fig. 8
Même figure que 7 avec des fils en U réunissant les deux cylindres par leur surface séreuse.



Fig. 9
Coupe transversale des 2 cylindres du boudin.

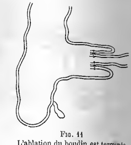


Fig. 11
L'ablation du boudin est terminée (coupe longitudinale).

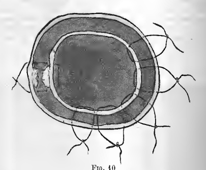


Fig. 10
Même coupe que la fig. 9, avec disposition circulaire des fils en U.

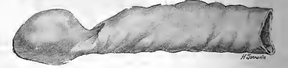


Fig. 12
Boudin réséqué avec la tumeur occupant la tête (obs. III).

maligne ou tuberculose), dans lesquels la péritonite de voisinage contre-indique anatomiquement tout espoir de cure radicale.

Occlusion intestinale post-typhique.

Société nationale de médecine de Lyon, 14 mai 1906.

Après avoir rapporté une observation de cet accident, survenu quelques mois après une fièvre typhoïde, nous en étudions l'étiologie, le mécanisme et le traitement.

Ces occlusions, assez rares, s'observent au cours de la fièvre typhoïde, ou quelques mois après la complète guérison. Dans le *premier cas*, elles sont dûes à des adhérences de péritonite, à la stase stercorale, à une invagination. Dans le *second* cas, l'occlusion est consécutive à des adhérences, coudures, torsions (sténoses extrinsèques, les plus fréquentes), etc., ou bien à un rétrécissement vrai produit par la cicatrisation d'une plaque de Peyer ulcérée (sténose intrinsèque, si rare qu'elle est discutée).

Le traitement consistera, lorsqu'il s'agira d'une occlusion tardive, à pratiquer une laparotomie suivie, le plus souvent, d'une entéro-anastomose. La section d'une bride sera rarement réalisable, en raison des adhérences serrées. Dans le cas de collapsus, on se résoudrait à l'anus contre nature, quitte à lever l'obstacle dans une seconde séance, avant de fermer l'anus.

Dans notre observation, le malade guérit après une anastomose entre les deux bouts d'une anse grêle, accolés en canon de fusil et fixés au voisinage de la colonne.

Sténose de l'intestin grêle consécutive à un étranglement herniaire.

(En collaboration avec M. Jacod.)

Lyon Médical, 6 novembre 1904.

Ces sténoses ont été divisées en extrinsèques ou intrinsèques. Nous croyons, avec la plupart des chirurgiens, qu'on

doit abandonner la méthode de l'entéroplastie qui expose aux récidives. Restent les deux autres méthodes : l'entérectomie ou l'entéro-anastomose. On choisira la première dans quelques cas de sténoses intrinsèques bien limitées, si l'intestin est mobile. Dans tous les autres cas, l'entéro-anastomose paraît suffisante.

Plaie de l'abdomen par coup de couteau. — Résection intestinale.

(En collaboration avec M. Alamartine.)

Société des Sciences médicales de Lyon, 28 novembre 1906.

Homme de 28 ans, frappé d'un coup de couteau dans l'abdomen, et qui vient à l'hôpital à *pied*, en parcourant deux kilomètres. La laparotomie, faite une heure et demie après l'accident, montra une perforation double de l'intestin grêle qui fut réséqué dans sa partie blessée. — Guérison.

Comme le blessé avait marché, l'anse blessée ne correspondait plus à la plaie abdominale, mais s'était logée dans le Douglas. Il est donc nécessaire de pratiquer une incision dans tous les cas de plaie abdominale ; l'examen minutieux des organes s'impose au cours de la laparotomie, même lorsqu'il n'y a pas de signes de perforation ou d'hémorragie. Sans un dévidement de tout l'intestin grêle, ce blessé aurait, en effet, succombé.

Cancer du cæcum. — Résection iléo-cæcale. — Guérison depuis deux ans et demi.

(En collaboration avec M. Duteil.)

Société des Sciences médicales de Lyon, 19 octobre 1904.

Tuberculose iléo-cæcale simulant l'appendicite. — Résection iléo-cæcale.

(En collaboration avec M. Chalier.)

Société des Sciences médicales de Lyon, 7 novembre 1906.

Il s'agissait d'une femme se présentant avec le diagnostic d'appendicite suppurée. Une première opération avait donné

issue à deux cents grammes de pus ; à ce moment, on avait pu constater une perforation du cæcum, qu'il était difficile d'expliquer par les manœuvres opératoires fort simples. — Guérison.

Deux mois après, nouveaux accès de fièvre, menaces de phlegmon iliaque. On résolut d'enlever l'appendice supposé malade, mais celui-ci était sain. Le cæcum, au contraire, était induré, entouré de cavités purulentes, de la grosseur d'un pois à celui d'une noisette. Sur le péritoine adjacent, on voyait enfin un semis de granulations tuberculeuses. Résection iléo-cæcale classique, avec ablation de six à huit ganglions caséeux occupant la mésentère, vers l'angle iléo-cæcal. — Guérison maintenue depuis six mois.

Sur la pièce, on voyait tout le cæcum épaissi, ratatiné, couvert d'ulcérations, dont l'une siégeait juste sur la valvule iléo-cæcale. La lumière du cæcum admettait à peine le petit doigt.

En somme, forme entéro-péritonéale de tuberculose cæcale, traduite cliniquement par de la suppuration, sans signes de sténose.

Dans l'observation suivante, nous constatons, sur l'intestin grêle, deux sténoses très serrées, dont l'une admettait tout au plus une sonde cannelée, et la malade vivait cependant avec sa sténose depuis deux ans.

Cette constatation nous a paru digne d'intérêt.

Sténoses tuberculeusee de l'intestin grêle. — Réseotion intestinale. — Guérieon.

(En collaboration avec M. Leriche.)

Société des sciences médicales de Lyon, janvier 1906 (fig. 13, 14, 15).

Obstruction intestinale aiguë par gros caloul biliaire. — Extraction par entérotomie.

Société nationale de Médecine, de Lyon, 29 mai 1899.

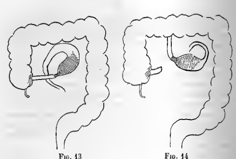


Fig. 13
Rétrécissements tuberculeux du grêle et de la valvule iléo-cæcale (avant l'opération).

Fig. 14
Exclusion unilatérale du cæcum (premier temps opératoire).

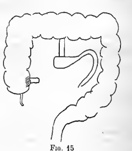


Fig. 15
Exclusion du cœcum, résection du rétrécissement du grêle
Etat de l'intestin après l'opération.

Du volvulus de l'S iliaque chez le vieillard.
(En collaboration avec M. Thévenot).
Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie, 24 décembre 1899.

Nous rapportons, dans ce mémoire, une observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, en insistant sur l'aspect clinique, la pathogénie et le traitement. Trois figures annexées montrent la disposition et le mécanisme de la torsion. Avec Virchow, nous avons remarqué une véritable inflammation du mésentère, suivie de rétraction et d'allongement associés. Nous insistons, avec Routier, sur le météorisme localisé, dont le développement était exceptionnel ; il reproduisait le signe de von Wahl dans toute sa pureté. Cette constatation nous permit de poser un diagnostic ferme d'occlusion par volvulus de l'anse oméga, de rejeter la péritonite, bien que la difficulté soit souvent grande, comme l'a fait remarquer le professeur Duplay.

Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales.
Gazette Hebdomadaire, 19 septembre 1897.

Ayant observé, dans le service de M. le professeur Poncet, une péritonite généralisée suivie de mort, sans lésions viscérales constatées à l'autopsie, nous avons recherché le mécanisme de cette lésion. Nous avons pu rapporter dix observations semblables, dans notre mémoire et dans la thèse de Heusch (Thèse de Lyon, 1897-1898).

Après avoir rappelé les différentes théories émises pour expliquer cette infection péritonéale : traumatisme simple (Villemin), contusion (Chavasse), déchirure préalable de la muqueuse intestinale, nous avons pensé qu'elles n'étaient pas applicables à notre cas. Le traumatisme aurait plutôt entraîné une paralysie réflexe des organes abdominaux, un pseudo-étranglement paralytique de l'intestin. Le tube digestif, transformé ainsi en un vase clos, sans circulation, aurait été traversé par les bactéries, comme on l'observe dans une anse étranglée et obstruée (Duplay, Clado, Cornil).

Nous avons conclu :

1° La péritonite traumatique sans lésions viscérales existe.

2° Ces péritonites sans lésions viscérales sont des plus rares. Il y a lieu de les distinguer des péritonites sans perforation viscérale, mais avec contusion plus ou moins étendue de l'intestin.

3° Le mécanisme des péritonites sans perforation, mais accompagnées de plaques ecchymotiques ou en voie de gangrène, paraît relever de l'infection intestinale directe à travers les tissus intestinaux contus.

4° Le mécanisme de l'inoculation péritonéale dans les péritonites sans lésions viscérales est encore obscur.

Contusion abdominale. — Rupture du foie

Société des Sciences Médicales, 13 décembre 1899.

Note sur deux énormes hernies crurales (2 fig.)

Gaz. hebdom. de Méd. et de Chirurgie, 24 juillet 1904.

Deux figures montrent le volume de ces hernies, observé rarement à un tel degré à l'orifice crural. Nous avons, sur la recommandation de M. Poncet, insisté sur la thérapeutique applicable en pareille occurence.

De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin.

(En collaboration avec M. Patel)

Revue de Chirurgie, mars 1901 (4 figures).

Le travail de MM. Terrier et Gosset avait mis l'exclusion intestinale à l'ordre du jour. Grâce à la bienveillance de M. le professeur Poncet, nous avions pu pratiquer deux fois

l'exclusion unilatérale. L'une d'elles, pratiquée contre une fistule rebelle causée par une tuberculose iléo-cœcale, nous a donné un succès.

Après avoir discuté les indications, les avantages, les inconvénients de l'exclusion unilatérale ou bilatérale, nous avons cru pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'exclusion unilatérale rentre dans la catégorie des opérations intestinales qui, sans s'attaquer directement à la lésion, cherchent sa guérison en la mettant au repos ; comme toutes les anastomoses, elle constitue une intervention peu dangereuse, souvent très efficace.

2° Appliquée dans la cure des fistules intestinales, elle est variable suivant qu'on l'applique sur l'intestin grêle et sur le gros intestin.

a). Sur l'intestin grêle, elle aboutit au même résultat que l'entéro-anastomose, c'est-à-dire que les matières s'accumulent dans le segment inférieur, et la fistule persiste.

b). Sur le gros intestin, ses résultats sont définitifs, souvent curatifs. Si la fistule siège au niveau de la région iléo-cæcale avec envahissement du cæcum, on doit aboucher l'iléon dans l'S iliaque. Si elle siège sur la portion terminale de l'intestin, sans envahisssement du cæcum, l'abouchement de l'iléon dans le côlon ascendant suffit.

3° La suppression de la circulation des matières fécales est définitive, comme dans l'exclusion bilatérale ; la fistule purulente disparaît plus sûrement qu'après l'exclusion bilatérale, et les chances d'infection par propagation paraissent peu à craindre.

4° L'exclusion unilatérale peut même être employée contre la tuberculose cæcale non fistuleuse, dans un but curatif et préventif d'une fistule stercorale. Toutefois, on lui préfèrera l'ablation intestinale, lorsqu'elle sera jugée possible. Cette ablation représente, en effet, le procédé de choix.

Exclusion unilatérale dans le cancer inopérable du gros intestin.

Soc. des Sciences médicales de Lyon, 18 novembre 1903.

Malade âgée, atteinte d'occlusion aiguë par cancer sigmoïde adhérent. Dans un premier temps opératoire, cœcostomie. Un mois après, exclusion unilatérale du gros intestin. L'opérée vivait encore, sans infirmité, deux ans et demi après.

Traitement de l'anus contre nature

Revue de chirurgie, mai et juin 1901 (6 fig., 44 p).

Dans ce travail, écrit en collaboration avec M. Patel, nous rapportons deux observations de cure radicale de l'anus contre nature par l'entérectomie, suivie de réunion des deux bouts à l'aide du bouton anastomotique (service de M. Poncet). Cette méthode, qui offre tous les avantages d'une opération radicale, présente cependant certaines difficultés résultant de l'inégalité des deux bouts : le bout supérieur, comme nous le démontrons par des figures microscopiques, est dilaté, ses tuniques sont épaissies par l'hypertrophie fonctionnelle ; le bout inférieur est, au contraire, notablement rétréci, son calibre admet à peine le petit doigt ; il est enfin très peu dilatable, presque inextensible. Car il a subi, ainsi qu'on le voit sur les coupes microscopiques, une sclérose sous-muqueuse et sous-séreuse ; de là, un aspect plissé de la tunique muqueuse et une atrophie relative de la tunique musculeuse.

Aussi, le bouton anastomotique est-il d'application difficile en pareil cas. Il semble qu'il tiendra difficilement en place, à cause de l'inégalité des deux bouts. De plus, sa migration dans le bout inferieur devrait, théoriquement, l'obstruer. Nous montrons, après bien d'autres auteurs, qu'il n'en est rien. L'entérectomie au bouton paraît moins dangereuse, d'autre part, que l'entérectomie suivie de suture.

Chez les malades trop cachectiques, cette méthode serait dangereuse ; on lui préférerait le procédé de M. le professeur Le Dentu.

Nous rapportons douze observations d'entérectomie dans la hernie étranglée, avec onze succès.

Réflexions sur le traitement de l'appendicite pelvienne

Bulletin médical, 4 septembre 1901.

Ce travail a pour origine l'observation d'un jeune homme atteint d'un gros abcès pelvien d'origine appendiculaire, qui fut guéri par une incision rectale.

C'est une revue générale de la question. A l'appendicite pelvienne, on doit appliquer les méthodes de traitement les plus simples. S'il y a abcès, par exemple, on l'ouvrira par le plus court chemin, en ménageant, s'il est possible, la grande cavité péritonéale. *La voie rectale*, rejetée à tort il y a quelques années, est admise aujourd'hui par le plus grand nombre des chirurgiens. Car les reproches théoriques qu'on avait formulés contre elle, sont tombés devant les faits. La voie rectale est une excellente voie de drainage des abcès pelviens appendiculaires qui font saillie sur la paroi antérieure du rectum. Actuellement, elle est acceptée par la plupart des chirurgiens (Broca, Jaboulay).

Splénectomie dans la maladie du Banti. — Splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate.

(En collaboration avec M. Latarjet.)

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 25 novembre 1903 et 13 janvier 1904.

Cirrhose hypertrophique tuberculose de la rate Splénectomie.

(En collaboration avec M. Gabourd.)

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 4 juillet 1906.

Ces diverses observations de chirurgie de la rate ont été recueillies dans le service de M. Poncet. Les unes avaient trait à la maladie du Banti que beaucoup de chirurgiens considèrent aujourd'hui, avec Quénu et Duval, etc., comme justiciable de la splénectomie. Trois splénectomies avaient donné trois guérisons opératoires.

Dans les kystes hydatiques de la rate, la splénectomie est d'ordinaire préférable à la marsupialisation, surtout lorsque la rate est bourrée de kystes, ainsi qu'on le constatait dans notre observation.

L'une des observations de cirrhose hypertrophique de la rate nous a paru intéressante : la cirrhose de la rate s'accompagnait, en effet d'une péritonite bacillaire typique, histologiquement démontrée, alors que, sur les coupes de la rate, on ne trouvait que les lésions classiques de la cirrhose hypertrophique, sans aucune trace microscopique de tuberculose (Dor).

Quant aux moyens d'abord, pour enlever une grosse rate, voici quelles sont nos conclusions, appuyées par quatre opérations, suivies de succès : si la rate est mobile, employer la laparotomie médiane. En cas de rate adhérente, l'incision oblique sur le rebord des fausses côtes gauches à laquelle on ajoutera une incision verticale descendante, aussi longue que nécessaire, nous a semblé la voie de choix. C'est cette incision que nous avons suivie, les rates à enlever étant toujours fixées. Dans ce cas, on établirait un drainage lombaire déclive, si la nécessité du drainage était exigée par de nombreuses adhérences.

Dans quelques cas de rates fixées solidement dans la concavité du diaphragme, on aurait avantage à pratiquer la résection du bord inférieur du thorax, suivant la technique décrite par M. Lannelongue (Th. Canniot, 1891.)

De l'amputation périnéale du rectum cancéreux.

(En collaboration avec M. Chalier.)

Revue de chirurgie (sous presse).

C'est une contribution à la chirurgie du cancer du rectum, basée sur 20 observations. Tous ces opérés ont subi des amputations périnéales, quelques-unes fort étendues, avec ou sans anus iliaque préliminaire (méthode de M. Pollosson). Nous n'avons pas eu besoin de recourir à la méthode abdomino-périnéale (Quénu, Gross). Cette petite statistique comprend 2 morts et 18 guérisons.

La voie sacrée est trop grave, rejetée par la majorité des chirurgiens. La voie transanale est trop parcimonieuse et expose à des récidives rapides. Quant à la voie abdomino-périnéale, elle conviendrait surtout aux cancers recto-sigmoïdes.

La technique opératoire ressemble, à quelques détails près, à celle qui a été décrite par MM. Gross, Quénu, Hartmann.

Les opérées sont fort satisfaites du résultat. L'incontinence périnéale est très bien supportée. L'une de nos opérées vit depuis huit ans, d'autres depuis quatre ans, trois ans et demi, etc.

De la gastro-entérostomie dans l'ulcère de l'estomac.

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 25 octobre 1905.

Ce travail a eu pour point de départ une série de malades atteints d'ulcères rebelles, compliqués de périgastrite ou d'hémorragies. Sauf les cas d'hématémèses foudroyantes, il y a lieu de recourir à un traitement chirurgical.

Le meilleur traitement consisterait dans l'excision de l'ulcère. Cette pratique, qui est rejetée par la plupart des chirurgiens allemands possédant de grosses statistiques, est cependant la seule radicale ; elle met sûrement à l'abri de la persistance des hémorragies, de la perforation de l'ulcère, elle fait disparaître les douleurs et les vomissements.

Malheureusement, elle n'est pas toujours applicable, lors de périgastrite étendue, avec rétraction de l'estomac. En pareil cas, la gastro-entérostomie améliore considérablement la situation de la plupart des opérés. Il faut donc opérer ces malades. Cette opération nous a donné de bons résultats

---

Pylorectomie avec gastrectomie plus ou moins étendue dans le cancer de l'estomac.

(A. Poncet et X. Delore.)

Académie de Medecine, 25 juillet 1905. (5 figures).

Dans ce travail, sont rapportées les douze premières pylorectomies pratiquées, contre des cancers de l'estomac, à la clinique de M. le professeur Poncet. Cette série a paru digne d'être publiée, car tous les opérés ont été suivis. Nous y relevons huit guérisons et quatre décès opératoires, soit 33 °/₀ de mortalité. Cette proportion ne doit pas effrayer; la plupart des interventions, soit huit sur douze, furent plutôt des gastrectomies étendues, toutes compliquées d'adhérences inflammatoires au foie, au pancréas ou au mésocolon transverse. Toutes ces interventions furent plus graves que la simple pylorectomie classique.

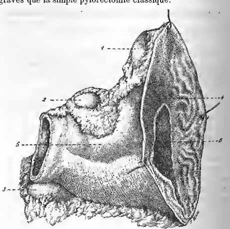


Fig. 16

Estomac cancéreux réséqué : *1*, 2 ganglions coronaires; *3* ganglions sous-pyloriques; *4* muqueuse saine; *5* tumeur; *6* ulcération cancéreuse.

Le manuel opératoire suivi fût, à peu de chose près, celui qui a été décrit si minutieusement dans le Traité de MM Terrier et Hartmann. Voici quelques détails qui ont paru importants :

L'hémostase doit être absolue ; s'abstenir de placer des mèches au contact des sutures, un drain sous-hépatique rendra quelquefois service. Nous avons, enfin, remplacé la soie par du catgut, au niveau de la suture gastrique.

Le mode d'abouchement entéro-gastrique nous a tout particulièrement préoccupés. Après avoir essayé la suture duodéno-gastrique, à la façon de Kocher, nous l'avons abandonnée, non pas qu'elle ait donné des échecs opératoires, mais parce que ce mode d'abouchement engage le chirurgien, souvent malgré lui, à la parcimonie de la résection gastrique et duodénale. Une large exérèse ne permet plus, en effet, de réunir duodénum et estomac. Or, la résection doit être avant tout fort large, dans le cancer gastrique.

Nous préférons donc actuellement aux procédés plus physiologiques de Kocher et de Billroth (première manière), le procédé Billroth (deuxième manière).

Ce procédé consiste, comme on le sait, à suturer séparément tranche gastrique et tranche duodénale, puis à rétablir la continuité du tube digestif par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Les suites opératoires de ces gastrectomies paraissent plus bénignes qu'on ne le supposerait. Pour juger les résultats éloignés, il faut des statistiques plus anciennes. Sur 5 opérés depuis un an et guéris, nous n'avions constaté qu'une récidive. Trois d'entre eux restaient en bonne santé, depuis 26 mois, 18 mois et 15 mois.

Les malades guéris reprennent leur vie normale. Ils se trouvent dans une situation bien préférable à celle des gastro-entérostomisés. Avant et après ce travail, nous avons eu l'occasion d'étudier la chirurgie du cancer de l'estomac. Voici quelques-unes de ces publications.

Léiomyome malin de l'estomac.

(En collaboration avec M. Leriche.)

Bulletin médical, 20 septembre 1905.

Nous relatons ici l'histoire d'une malade opérée, dans le service de M. Poncet, d'un cancer de l'estomac, par une pylorectomie. L'examen histologique, fait par MM. Dor et G. Mouriquand, avait démontré que cette tumeur était un léiomyome malin.

Cette question de l'existence des tumeurs musculaires lisses malignes est fort discutée en France, où l'on n'admet guère que le myosarcome consécutif à la transformation sarcomateuse de la trame conjonctive du myome. (Lecène et Petit, *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominales*, décembre 1904). L'interprétation de M. le professeur Bard nous semble plus simple et plus exacte (cas de Laroyenne et Mollard). Nous admettons les conclusions de MM. Paviot et Bérard, Devic et Gallavardin (*Revue de Chirurgie*, 1901-1904).

Les léiomyomes de l'estomac se divisent, suivant leur siège, en myomes internes ou myomes externes. Chaque catégorie possède, on le conçoit, des signes spéciaux ; pour les premiers, les symptômes d'obstruction gastrique seront souvent prédominants. Toutefois, le myome malin évoluera quelquefois à la manière d'un banal cancer prépylorique ; c'était le cas, chez cette malade.

Le pronostic éloigné de ces tumeurs est difficile à fixer. Elles se compliqueront, dans certains cas, de métastases, en particulier lorsque le néoplasme est très embryonnaire. Aussi ne saurait-on trop insister sur la nécessité d'une exérèse aussi rapide que possible.

Cancer de l'estomac simulant un ulcère et compliqué de périgastrite adhésive.

(En collaboration avec M. Leriche).

Revue de chirurgie, février 1904.

Il s'agissait d'une femme du service de M. Poncet, atteinte de troubles stomacaux depuis dix ans et soignée, avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac, par les meilleurs de nos maîtres.

Une périgastrite adhésive, fort doulonreuse, avait nécessité une première laparotomie qui fut suivie de soulagement après la simple libération des adhérences gastro-hépatiques et gastro-pariétales.

Trois mois après, les adhérences s'étaient reproduites et les douleurs étaient revenues. On obtint encore une période de sédation des douleurs en pratiquant, cette fois, une gastro-entérostomie postérieure.

Une récidive survenait quatre mois après. Il fallait enlever la cause de la périgastrite, c'est-à-dire ce prétendu ulcère qui fut reconnu comme un vrai cancer, à l'examen histologique. Sur cette pièce, on put trouver la cause de l'échec de la gastro-entérostomie : la perméabilité du pylore persistait, et les aliments reprenaient toujours, en partie au moins, cette voie pylorique, irritaient sans cesse l'ulcération et entretenaient les douleurs.

Il semble bien que les douleurs de la périgastrite sont rarement guéries par la simple libération des adhérences. On devra préférer la gastro-entérostomie, s'il y a sténose pylorique. Sinon, les douleurs ne disparaîtront qu'après l'ablation de la lésion, cause de tout le mal.

Cette observation montre encore combien il faut se défier de la nature cancéreuse de ces ulcères rebelles et compliqués. M. Sanerot (th. de Lyon, 1906) a particulièrement insisté sur ce point, mal connu avant la pratique des pylorectomies.

Du cancer de l'antre pylorique.

(En collaboration avec M. R. Leriche).

Revue de chirurgie, 10 septembre 1905 (4 fig.).

Dans ce travail, basé sur 8 observations personnelles, nous avons tenté d'individualiser le type clinique du cancer de l'antre ; cette tumeur, à cause de son siège juxta-pylorique, n'est que tardivement occlusive et ne fait vomir qu'au moment où, par sa marche envahissante, elle est venue oblitérer le pylore. Son évolution très caractéristique se fait en deux temps : un premier de dyspepsie banale avec ou sans tumeur, un second de sténose.

Bref, c'est là un type tout spécial et qu'il y a un intérêt majeur à isoler, car ce sont ces tumeurs surtout qu'il faut opérer.

Appartenant à une région mobile et facilement mobilisable, elles se fixent peu, du moins tardivement, peuvent être extériorisées et dès lors réunissent les meilleures conditions anatomiques requises pour une résection large. Celle-ci, faite chez un individu résistant, qu'une longue période de vomissements n'est pas encore venu affaiblir, se présente dans les conditions cliniques les plus favorables à un succès opératoire.

Effectivement, sur les 8 malades dont nous rapportons l'histoire, 7 purent être pylorectomisés ; un seul mourut opératoirement ; des 6 restants, 2 sont encore en vie, l'un depuis près de 4 ans, l'autre depuis 21 mois.

Résultat de six pylorectomies.
(En collaboration avec M. Latarjet.)

Société des Sciences médicales, avril 1904.

Résultat éloigné de quatre gastrectomies.
(En collaboration avec M. Armand.)

Société des Sciences médicales, Lyon, 26 octobre 1904.

Limite plastique et gastrectomie.
(En collaboration avec M. Leriche.)

Société des Sciences médicales, Lyon, 29 novembre 1905.

Cinq pylorectomies dans le cancer de l'estomac.

Soc. des Sciences méd. de Lyon, 7 et 14 novembre 1906.

A propos de cette présentation, nous rapportons la statistique encourageante des gastrectomies, pratiquées dans le service de M. Poncet, depuis mai 1903. Elle compte vingt-six opérations avec neuf décès et dix-sept guérisons opératoires. La mortalité est de 34, 6 %.

On trouve toutes les considérations développées dans la thèse importante de M. Leriche (Th. Lyon, 1906).

GYNÉCOLOGIE

De l'ascite dans les fibromes utérins.

(En collaboration avec M. Leriche.)

Gaz. des Hôpitaux, mai 1903.

Ce travail, basé sur deux observations, est une revue de cette question.

Au point de vue étiologique, on admet généralement que les fibromes pédiculés prédisposent à cette complication, par le traumatisme péritonéal fréquemment répété. Dans l'une des observations où le liquide était en quantité considérable (plus de 15 litres), le pédicule, long de 4 à 5 centimètres et d'un diamètre de 2 à 3 centimètres supportait un fibrome du poids de 9 kilogr.; l'utérus conservait des dimensions à peu près normales. De grosses plaques blanchâtres sur la séreuse pariétale et viscérale et quelques adhérences témoignaient de l'irritation péritonéale chronique. Le foie était sain macroscopiquement, non cirrhotique. L'opérée est restée guérie depuis quatre ans et l'ascite ne s'est pas reproduite. Cet exemple montre bien le rôle nécessaire du fibrome dans la pathogénie de cette ascite et confirme les conclusions de la plupart des auteurs.

En effet, si l'on peut admettre, dans quelques cas, la lésion d'autres organes abdominaux, la cirrhose du foie, par exemple ; si les lésions rénales et les troubles cardiaques peuvent expliquer certaines ascites accompagnées d'œdème des membres inférieurs, il faut, en général, invoquer un trouble local, qu'il s'agisse d'une gêne circulatoire du système porte ou lymphatique, ou plutôt d'une péritonite chronique irritative. Nous rapportons, dans ce mémoire, les différents arguments qui plaident en faveur de l'origine irritative de cette ascite (M. Pozzi, Terrier.)

Quant au traitement, il ne saurait être modifié par la complication ascitique, sauf à la période de cachexie ultime. L'ablation du fibrome guérit à la fois la lésion et sa conséquence immédiate. L'ascite n'est donc pas une contre-indication opératoire, mais une indication de l'intervention, qui doit être pratiquée le plus tôt possible. L'exérèse doit être aussi simple que possible, en raison de l'état général assez mauvais. Une simple myomectomie abdominale sera suffisante, si le fibrome est pédiculé, unique ; or, l'anatomie pathologique démontre que d'ordinaire le fibrome est unique et pédiculé.

Ds l'entrés de l'air dans les vsines pendant lss opérations gynécologiques.

Revue de chirurgie, janvier 1904.

Rschsrches sxpérimentales sur l'entrée ds l'air dans lss vsinss du pstit bassin.

(Poncet et Delore.)

Livre d'or du professeur Pozzi, 1906.

Ces travaux nous ont été suggérés par l'observation d'une femme atteinte d'un volumineux fibrome utérin qui succomba brusquement pendant une hystérectomie abdominale. L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, démontra la présence de dix centimètres cubes d'azote dans le cœur droit, tandis que le cœur gauche ne contenait que du sang. Il s'agissait d'une mort brusque provoquée par l'aspiration de l'air dans les veines, qui avait été favorisée par l'anémie extrême de l'opérée.

Après avoir rappelé les discussions soulevées sur cette question de l'introduction de l'air dans les veines de « la zone dangereuse » de Bérard, et les expériences nombreuses qu'elle a suscitées ; après avoir rappelé les théories expliquant la mort et émises par Oré, Arloing, F. Franck, etc., nous avons pensé qu'on devait admettre la réalité de cette

complication à la suite de la blessure de ces grosses veines du cou, qui subissent l'influence de l'aspiration thoracique. Mais, en est-il de même dans le territoire de la veine cave inférieure ?

La question est ici discutable, en dehors de la puerpéralite. Nos recherches bibliographiques n'ont pas définitivement tranché ce doute. Certaines observations (Mott, Dupuytren) semblent contestables. Enfin, dans le territoire utéro-ovarien, une seule observation de Biermer serait superposable à notre observation. Devant ces résultats, nous avons eu recours avec M. Piante, à l'*expérimentation* sur des chiens de grande taille, au moyen d'un dispositif spécial qui nous permettait d'éviter la coagulation sanguine. Voici nos conclusions :

La seule ouverture de la veine iliaque externe, interne et même de la veine cave inférieure est constamment suivie d'échec. C'est, du reste, le résultat obtenu dans le système cave supérieur par Fischer, Amussat, Bégouin, etc., lorsqu'ils ouvraient la jugulaire interne.

Si l'on maintient béantes les lèvres de la plaie veineuse au moyen d'une canule, on n'observe pas davantage l'aspiration de l'air atmosphérique. On sait, au contraire, que l'aspiration de l'air s'observe fréquemment, dans les mêmes conditions, au niveau des veines du cou ou de l'aisselle.

Nous avons saigné un chien (300 à 500 gr. de sang) ; plaçant alors une canule entre les lèvres de la plaie, on pouvait observer l'introduction de doses fractionnées de gaz (10 à 15 cent cubes). Comme conséquence, on remarquait de la cyanose, l'agitation, une augmentation de la pression veineuse aboutissant au reflux du sang dans la canule. Cette élévation de la pression veineuse arrêtait ainsi l'aspiration. Lorsque le calme revenait, de petites quantités d'air étaient aspirées à nouveau et ainsi de suite. Jamais nous n'avons pu obtenir la mort de l'animal de cette façon. Ainsi se trouvait confirmée l'opinion des expérimentateurs qui admettent la nécessité d'une injection massive et brusque et l'inefficacité des petites doses, même fréquemment répétées. Poussant, avec une seringue graduée, une quantité d'air variant de 40 à 60 cent. cubes (chiens de 20 à 35 kilogr.), la mort était fatale en une ou deux minutes environ. En somme, il

ressort de cette expérience que l'anémie consécutive à l'hémorragie favorise l'introduction de l'air dans les veines, mais seulement à des doses insuffisantes pour entraîner la mort.

La mort par aspiration de l'air atmosphérique est constamment obtenue, lorsqu'on introduit dans la veine iliaque, la veine cave inférieure jusqu'à l'orifice diaphragmatique, une sonde qui transforme le système veineux en un tube rigide. En dehors de ces conditions, la veine subit un aplatissement sous l'influence de la pression atmosphérique.

Nous aurions voulu produire la rigidité des veines, en déterminant à leur pourtour une induration capable de maintenir leur béance. Malheureusement, comme il fallait s'y attendre, la coagulation sanguine a frappé de stérilité ces essais.

En résumé, l'introduction brusque et massive de l'air dans le système cave inférieur, capable d'entraîner la mort, ne semble pas admissible à l'état physiologique. Mais, comme le croyait Dupuytren, ce phénomène est peut-être réalisé à l'état pathologique. Des hémorragies abondantes, une dilatation veineuse exagérée, le maintien de la béance veineuse par des tumeurs de voisinage ou par une induration périveineuse créent peut-être une disposition suffisante à l'apparition de cette complication. Les expériences ne fournissent que certaines données du problème ; aussi ne permettent-elles pas de réfuter les faits cliniques qui semblent démontrer l'existence de la mort par l'introduction brusque de l'air pendant les opérations gynécologiques.

Traitement de l'anus colo-vaginal. — Procédé de nécessité

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, mars 1900 (12 figures).

Lyon Médical, 17 décembre 1899.

Nous avons décrit le procédé opératoire suivant, chez une malade de M. le professeur Poncet, qui était atteinte d'un anus colo-vaginal rebelle.

Jeune fille de 19 ans, affectée d'une fistule mettant en communication l'S iliaque et le cul-de-sac postérieur. Cette fistule était haut placée sur l'intestin. Le doigt introduit par l'anus ne pouvait atteindre l'orifice de communication

intestinal. Toutes les matières passaient par le vagin ; il existait, en effet, un éperon très accentué et un véritable rétrécissement entre le bout inférieur et le bout supérieur de l'intestin.

Le vagin était long, peu dilatable. La suture directe était impraticable.

La malade, désolée de cette infirmité, qui résistait depuis six mois aux cautérisations et aux pansements quotidiens, réclamait avec instance une guérison.

On pratiqua, tout d'abord, une laparotomie sous-ombilicale. Cette opération démontra que le petit bassin était rempli par des adhérences, et que l'intestin ne pouvait être mobilisé par cette voie. Un drainage à la Mikulicz, qui devait plus tard rendre les plus grands services pour éviter l'infection péritonéale, fut établi ; l'opération par le périnée fut aussitôt tentée.

Celle-ci consista tout d'abord : 1° dans un dédoublement de la cloison recto-vaginale, en conservant le sphincter anal. Au niveau du cul-de-sac de Douglas on trouve l'anse qui est le siège de la fistule ; elle est située entre le vagin, qui est en avant, et le rectum qui est refoulé en arrière dans la cavité sacrée. L'orifice de communication entéro-vaginale est sectionné au ciseau, la cavité péritonéale est dès lors ouverte.

2° Après détachement des adhérences voisines, le bout supérieur du côlon pelvien est saisi par une pince et attiré au périnée. Quatre points de suture métallique fixent sa paroi antérieure à la peau et maintiennent ainsi sa nouvelle position.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le Douglas par l'orifico vaginal résultant de la section de la fistule.

3° L'opération fut terminée par une résection de 6-8 centimètres de la paroi antérieure du rectum, à partir de son extrémité inférieure.

L'extrémité inférieure du tube digestif était ainsi formée, en avant par le côlon, en arrière par la paroi postérieure du rectum. Entre les deux subsistaient, un éperon dû à la tension du mésocôlon pelvien, et une portion canaliculée du gros intestin ouverte à ses deux bouts dans cette extrémité inférieure.

Les suites de cette intervention furent simples. Aujourd'hui la fistule est complètement oblitérée. La continence des matières est à peu près parfaite, grâce à la conservation du sphincter.

L'opérée est satisfaite du résultat, qui s'est amélioré de jour en jour. L'examen pratiqué, 18 mois après, montre que la portion exclue paraît s'atrophier. Les défécations se font comme à l'état normal.

Ce procédé a été utilisé comme procédé de nécessité, car la méthode de choix pour fermer ces fistules est la laparotomie et la suture.

Hématocolpos avec hématométrie, consécutif à un accouchement datant de deux ans

Annales de Gynécologie, juin 1897.

Cette malade de M. Vincent, présentait un hématocolpos avec hématométrie, produit par un accolement des parois vaginales. Sans doute, le cloisonnement du vagin s'était constitué dans les premières semaines qui avaient suivi un accouchement difficile, remontant à deux ans. Cette malformation résultait d'une cicatrisation défectueuse d'une ulcération superficielle produite pendant le travail ; mais cette ulcération était si peu douloureuse qu'elle avait passé complètement inaperçue.

Hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome intra-ligamentaire.

Société des Sciences Médicales de Lyon, 26 avril 1899.

Opération de M. le professeur Poncet, remarquable par le volume de la tumeur incluse dans le ligament large, et par son poids : 4 kil.

Gangrène d'un fibrome utérin à la suite de la fièvre typhoïde.

(En collaboration avec M. Alamartine.)

Société des Sciences Médicales de Lyon, 6 février 1907.

De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire

(En collaboration avec M. Savy.)

Bulletin médical, 3 octobre 1903.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Le méat hypogastrique chez les prostatiquee anciennement cystostomisés.

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. St-Etienne, 9 août 1897. *Bull. Méd.*, 29 sept. 1897.

De la fonction du nouvel urèthre (Urèthre hypogastrique) **chez les prostatiques, anciennement cystostomisés.**

Thèse inaugurale, Lyon 1897 (10 fig.).

Prix Tremblay, Académie de Médecine, 1898.

Dans ce travail, nous avons étudié l'état anatomique et la fonction du nouvel urèthre contre nature, chez les anciens prostatiques cystostomisés. On sait, en effet, que l'opération de Poncet doit laisser, dans un certain nombre de cas, un méat hypogastrique destiné au passage des urines (cystostomie définitive ou permanente).

Cette étude est basée sur l'examen de 34 opérés, conservant un canal sus-pubien perméable. Le plus ancien de ces malades était opéré depuis 7 ans et demi, et le plus récent depuis neuf mois. Tous étaient des vieillards, le plus âgé portant 82 ans et le plus jeune 66 ans.

Le nouveau canal urinaire présente à considérer un trajet et deux orifices. Rarement, ces diverses portions sont ramassées et réduites à un simple orifice, la vessie s'abouchant directement au dehors. Ordinairement, il existe un véritable trajet, une sorte de néo-canal creusé à travers les parois abdominales et formé d'une muqueuse entourée d'un anneau, plus ou moins épais, de tissu fibro-élastique. Sa direction générale est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; le point le plus élevé étant, par exemple, à trois

centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, son point inférieur, représenté par l'orifice vésical, est à un ou deux centimètres de ce même bord. Voilà la disposition la plus fréquente.

Le calibre de l'urèthre contre nature est variable; quelquefois les dimensions sont uniformes dans toute la longueur, mais, dans la majorité des faits, on constate dans la lumière un ou plusieurs rétrécissements. Le point rétréci le plus important à connaître est le méat hyogastrique proprement dit, c'est-à-dire l'orifice cutané du nouveau canal. A son niveau, on trouve presque toujours un rétrécissement marqué; la sonde franchit péniblement cette sorte de détroit de quelques millimètres, puis, dès lors, progresse assez facilement jusque dans la vessie. Nous admettons également, après l'étude de nos observations, que le méat cutané est entouré d'un anneau cicatriciel très développé et d'autant plus épais que l'anneau péri-canaliculaire l'était davantage. Ce méat hypogastrique affecte différentes formes : *méat à à fleur de peau, méat en entonnoir, méat à forme intermédiaire.* La forme la plus intéressante, à coup sûr, est la première; elle coexiste le plus souvent avec un anneau fibreux circumméatique, très épais; la forme en entonnoir, au contraire, avec un anneau moins développé.

La longueur du canal hypogastrique a été l'objet de nos recherches, voici nos résultats : cette longueur atteint parfois six centimètres, mais c'est une exception; fréquemment, elle est de trois à cinq centimètres, et devient enfin nulle dans quelques cas exceptionnels. Ce conduit a une tendance constante à s'allonger, probablement par allongement des tissus fibreux périphériques, peut-être aussi par une invagination progressive de la paroi antérieure de la vessie à travers les plans de la paroi abdominale.

On constate, chez les anciens cystostomisés, une rétraction vésicale amenant une diminution manifeste et progessive de la capacité vésicale. Nous pensons que cette rétraction est, le plus souvent, consécutive à l'incontinence, et nullement la cause de cette incontinence. En effet, chez les continents, la rétraction vésicale est toujours peu marquée, souvent nulle; chez les incontinents, au contraire, la rétraction vésicale est souvent très prononcée. Nos autopsies, au nombre de cinq, confirment ces conclusions.

Quant à la prostate, elle est toujours énorme, souvent comparable à un utérus fibromateux. Lagoutte a déjà fait remarquer que c'était précisément cette hypertrophie anormale qui assurait la persistance du néo-canal en rendant impossible le retour à la miction uréthrale, normale. Cette observation est fort juste. La nature fait, pour ainsi dire, une sélection parmi les cystostomisés, guérissant ceux qui peuvent encore accomplir la miction normale, donnant, au contraire, à ceux qui ont un urèthre impropre à la fonction, une soupape de sûreté qui est le méat hypogastrique.

Se forme-t-il parfois un véritable sphincter musculaire autour de ce méat ? Dans quelques cas, les muscles grands droits forment bien deux sangles autour de l'orifice, mais nous n'avons rencontré cette disposition qu'une seule fois sur 34 observations ; cette disposition semble exceptionnelle.

Au point de vue de la nouvelle fonction, les cystostomisés peuvent être divisés en : 1° *continents ;* 2° *incontinents ;* 3° *continents partiels.*

Nous appelons incontinents tous les malades qui n'ont pas de miction. Ces sujets sont au nombre de treize sur trente-quatre observations.

Les continents ou incontinents partiels seront, pour nous, les cystostomisés qui ont des mictions, mais qui perdent une partie de leurs urines dans l'intervalle de ces mictions. Cette catégorie comprend tous les cas intermédiaires.

Ces continents partiels sont au nombre de neuf sur trente-quatre. Nous pensons en principe *que la continence existe assez fréquemment.*

Les continents sont au nombre de treize sur trente-quatre et affectent les types suivants :

a) *Les continents qui urinent ordinairement par la verge, tout en gardant un méat hypogastrique perméable.*

b) *Les continents qui urinent en partie par la verge, en partie par le méat hypogastrique.*

c) *Les continents qui ont des mictions uniquement hypogastriques. Parmi ceux-ci, les uns ont des mictions spontanées ; les autres satisfont à la miction par le moyen d'une sonde hypogastrique rigide.*

Chez ces malades, il est souvent nécessaire de maintenir la miction, par une dilatation bien conduite, du canal hypogastrique.

En résumé, la continence existe dans le tiers de nos observations. Les sujets peuvent reprendre la vie habituelle des vieillards, exempts des anciennes difficultés de la miction et des accidents urinaires qui les guettaient à chaque instant. Telle l'observation d'un cystostomisé, qui urinait seulement toutes les trois heures, et dont le jet hypogastrique atteignait, pendant plus de quatre ans, une longueur de 80 centimètres à 1 mètre.

Quelle est l'influence des dispositions anatomiques sur la fonction? Après avoir comparé de nombreux malades, nous sommes arrivé à la conclusion qu'indiquait M. Poncet, dès 1894 : la fonction n'est pas dépendante, en générale, de telle ou telle disposition spéciale, mais plutôt de l'ensemble des dispositions anatomiques nouvelles, parmi lesquelles nous rangeons, par ordre d'importance, la longueur de l'urèthre contre nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux péricanaliculaire surtout au pourtour du méat, la résistance des muscles droits, la présence des valvules dans l'intérieur du néo-canal. Nous attribuons le rôle essentiel à la longueur du nouveau canal.

Le chirurgien est-il en mesure de produire, à son gré, la continence au moyen de manœuvres opératoires spéciales? Il peut y aider en essayant, par exemple, d'obtenir un canal d'une certaine longueur. Mais il faut se garder de toute exagération. En effet, les cystostomisés sont, la plupart du temps, des malades très infectés, avec urines purulentes, toujours âgés (moyenne 74 ans), souvent opérés *in extremis*. On conçoit les difficultés que rencontrera le chirurgien dans l'établissement de ce canal idéal, pourvu d'un sphincter authentique et résistant. Un manuel opératoire simple, aussi rapide que possible, est préférable aux procédés plus ambitieux, mais plus dangereux. En somme, le chirurgien n'est maître de la fonction que dans certaines limites, son premier but doit consister à sauver la vie du malade, avant de penser à la fonction. Les procédés opératoires qui ont été préconisés tour à tour, n'ont pas toujours tenu les promesses faites par leurs auteurs.

Comment peut-on parer à l'incontinence du cystostomisé ? Nous décrivons un appareil qui remplit ce but.

Les malades les moins favorisés, c'est-à-dire les incontinents, ne sont pas des individus retranchés pour toujours de la société. Grâce à l'appareil, ils reprennent leurs occupation; nous connaissons des malades qui peuvent ainsi aller au théâtre, au cercle, entreprendre des voyages pénibles, faire un métier malgré leur âge et leur infirmité. Leur situation, moins bonne que celle des continents, est parfaitement compatible avec les devoirs sociaux des vieillards cystostomisés; elle nous a souvent paru préférable à la position critique des vieux prostatiques recourant à l'usage régulier de la sonde.

Ce mémoire repose sur l'examen de 34 malades, revus dernièrement; quelques-uns ont été suivis pendant plusieurs années.

Indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques.

Gazette des Hôpitaux, 21 et 28 septembre 1897.

De la cystostomie sus-pubienne. — Indications. Manuel opératoire.

(En Allemand) *Centrablatt für die Krankheiten der Harn and sexual organe,* Leipsig, 10 septembre 1898 (35 pag.)

Cystostomie sus-pubienne datant de 6 ans, avec continence parfaite du méat hypogastrique chez un vieillard de 78 ans. — Mort à 84 ans de cirrhose hépatique. — Intégrité de l'appareil urinaire.

Gazette des Hôpitaux, 2 avril 1900.

Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — Création d'un urèthre hypogastrique. — Application de cette méthode de traitement aux diverses affections des voies urinaires. Volume de 450 pages, avec 41 figures. Masson et Cie, Paris 1899.

(En collaboration avec M. le professeur A. Poncet.)

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, prix d'Argenteuil, Paris 1899.

Nous avons eu l'honneur d'écrire cet ouvrage en collaboration avec M. le professeur Poncet.

Le premier chapitre rappelle l'historique de la question, les travaux de Mac-Guire qui, dès 1889, poursuivait, en Amérique, des travaux similaires.

Dans le deuxième chapitre, sont consignées les considérations anatomo-pathologiques sur l'appareil prostato-vésical du vieillard. Elles montrent les dangers des interventions aveugles, telles que la ponction. Nous insistons également sur certaines dispositions du cul-de-sac prévésical, engendrées par la présence des hernies, par des adhérences du péritoine au pubis, etc. Un opérateur doit, en effet, connaître ces modifications pathologiques, s'il veut aborder la vessie sans danger.

L'étude du manuel opératoire, des soins immédiats et consécutifs nous a paru mériter des soins minutieux. De nombreuses figures ont été intercalées dans le texte pour permettre de suivre les explications. Ces règles de thérapeutique sont le résultat d'une expérience appuyée sur 120 opérations.

Les indications de la cystostomie sont discutées dans le chapitre IV. Nous considérons les ponctions hypogastriques, la sonde à demeure comme des procédés d'exception. Pour la clarté de la description, nous divisons les prostatiques en deux grandes catégories : 1° ceux qui présentent seulement des troubles mécaniques de l'excrétion urinaire, sans infection ; 2° ceux qui sont infectés, qui sont des empoisonnés urinaires.

Chez les premiers, la cystostomie est indiquée, lorsque le cathétérisme est impossible, douloureux, urétrorrhagique, lorsqu'il est mal supporté, lorsqu'il existe des fausses routes.

L'incision à ciel ouvert paraît moins dangereuse que la ponction.

Chez les seconds, l'hésitation n'est pas permise ; l'opération est urgente, dès que les cathétérismes, les lavages ne triomphent pas rapidement des accidents infectieux.

En résumé, nous avons considéré le cathétérisme comme le véritable mode de traitement des accidents prostatiques. Est-il insuffisant ou dangereux, on devra recourir à l'opération de Poncet. Les ponctions, la sonde à demeure restent trop souvent inefficaces.

Les résultats justifient cette conduite. Au point de vue vital, ils sont, pour ainsi dire, parfaits, chez les prostatiques non infectés. Si, parmi les infectés, la mortalité est relativement élevée, elle s'explique par les lésions avancées de l'arbre urinaire, par la pyélo-néphrite ancienne constatée aux autopsies. Les succès, dans de telles conditions, sont d'autant moins indiscutables que la vie était irrémédiablement compromise dans la plupart des opérations.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés forment deux catégories : les uns conservent leur urèthre artificiel (cystostomie définitive), les autres recouvrent la miction par la verge, le méat abdominal s'oblitère (53 %) (cystomie temporaire). La persistance de l'urèthre hypogastrique est due à l'obstruction définitive de l'urèthre normal par les déformations prostatiques.

Lorsque le nouveau canal persiste, quelle est sa fonction ? Le nombre des documents rapportés dans notre thèse, quelques cas nouveaux ont affermi notre conviction. Les opérés peuvent vivre longtemps, grâce au canal artificiel. Plusieurs ont six à sept ans de survie ; l'un d'eux, âgé de 81 ans, conservait son méat, depuis plus de neuf ans, etc... L'urèthre artificiel se substitue à l'ancien devenu impropre à la fonction ; la vie sociale s'accomplit telle qu'auparavant. Chez d'autres, le méat hypogastrique remplit simplement le rôle d'une soupape de sûreté. Les derniers sont atteints d'incontinence. Cette infirmité peut alors être supportée, grâce à des urinaux de divers modèles, que nous décrivons minutieusement.

Du reste, l'incontinence est nécessaire parfois, elle pare à des accidents secondaires : calculs, infections, rétentions, etc...

Après avoir établi un parallèle entrs la cystostomie sus-pubienne et les diverses méthodes de traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, nous indiquons, dans un dsrnier chapitre, les applications variéss de la cystostomie sus-pubienne, permanente ou temporaire, aux diverses affsctions urinaires, chez l'homme et chez la femme : cancer de la prostate, tumsur de l'urèthre st de la vessie, tuberculose vésicale, fistules vésico-vaginales, etc... Cs sont toujours les mêmes complications qui commandent l'intervsntion. Celle-ci agit, en effet, comme moyen de dérivation urinaire et de désinfection. Elle arrête les hémorragies, elle calme les douleurs. Dans les autrss lésions urinairss, comme dans le prostatisme, la cystostomie combat efficacement la rétention, l'infection, les hémorrhagies, les douleurs. Elle constitue ainsi une méthode générale, applicable toutes fois que css accidents existent, isolés ou associés, dans la pathologie urinaire.

Quarante-dsux figurss sont intercalées dans ls texte, qui contient encore 79 observations. Cet ouvrage, appuyé sur dss faits, donnait, croyons-nous, une opinion exacte sur la valeur thérapeutique de la cystostomie sus-pubisnne sn 1899.

Méat hypogastrique avec eurvie de onze mois ohez un cancéreux prostatique.

Gazette Hebdomadaire, 5 avril 1900.

Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement aveo fistules incurables de l'urèthre.

Gazette Hebdomadaire, 4 mai 1899.

Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétréoissements inourables de l'urèthre. — Création au périnée d'un méat contre nature.

(En collaboration avec M. le professeur Poncet.)

Paris, Masson 1900. Un volume de 160 pages, avec 11 figures.

Nous avons eu l'honneur de collaborer avec M. le professeur Poncet, pour la rédaction du Traité de l'uréthrostomie

périnéale. Sous le nom d'uréthrostomie périnéale, de périnéostomie, M. Poncet a désigné, en 1891, une opération qui a pour bnt, dans certains rétrécissements uréthraux, d'établir un méat artificiel au périnée, en arrière des bourses.

Le méat périnéal est constitué essentiellement par la continuité de la muqueuse uréthrale avec la peau de la région. Cette nouvelle méthode thérapeutique fut appliquée, dès le début, aux sténoses compliquées de l'urèthre qui, soit en raison des désordres locaux qu'elles avaient engendrés, soit en raison de l'état précaire des organes urinaires, restaient incurables, malgré les autres interventions classiques.

Nous admettons que cette opération est une intervention d'*absolue nécessité*. Elle s'adresse exclusivement aux rétrécissements récidivants, compliqués de l'urèthre. Nous ne voulons pas, sans des indications pressantes et formelles, substituer l'uréthrostomie aux interventions précédentes. L'opération ne saurait être mise en parallèle avec les autres modes de traitement des sténoses uréthrales. Elle trouve précisément son emploi, là seulement où ces méthodes thérapeutiques sont insuffisantes, inefficaces, dangereuses. Les indications découlent donc des contre-indications des méthodes de choix : dilatation, uréthrotomie interne ou externe, uréthrectomie, etc.

Dans ce livre, nous étudions successivement, dans des chapitres spéciaux, l'historique, quelques considérations anatomo-pathologiques sur les rétrécissements de l'urèthre, le manuel opératoire, les indications, les résultats.

Au point de vue opératoire, le méat périnéal est, en principe, définitif (méat permanent), c'est-à-dire destiné pour toujours à livrer passage à l'urine.

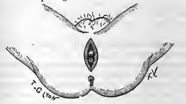


FIG. 17
Incision périnéale, section de l'urètre (méat périnéal permanent).

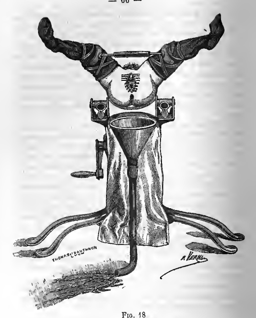


Fig. 18
Suture circulaire du bout postérieur de l'urètre à la peau.
(Uréthrostomie définitive).

Dans quelques cas exceptionnels, l'uréthrostomie sera seulement temporaire.

Alors le méat transitoire est réalisé par une simple uréthrotomie externe, mais avec suture, sur une certaine étendue, des bords de la paroi inférieure de l'urèthre sectionnée avec les bords de la peau. La continuité du canal n'étant pas interrompue, la fonction normale peut se réta-

blir, dans le cas d'évolution régressive ultérieure de la sténose. Au besoin, on pourra fermer l'orifice par une suture.

Quant aux résultats, nous les avons étudiés sur tous les uréthrotomisés connus, au nombre de 23. Nous pouvons fixer ainsi la valeur de cette méthode thérapeutique, puisque la première opération remonte à neuf ans. Le chapitre des résultats éloignés est précisément le plus intéressant, il repose sur des faits, sur des malades revus plusieurs années après l'opération, cinq, six ans et au-delà. Tous sont satisfaits, sont restés à l'abri de nouveaux accidents urinaires ; deux, en particulier, étaient atteints de tuberculose uréthrale et péri-uréthrale.

Ces résultats éloignés sont d'autant plus satisfaisants que les opérés étaient souvent prostatiques, que tous étaient des rétrécis ayant subi déjà plusieurs opérations suivies de récidives, que leur état général était d'ordinaire profondément atteint.

Reins polikystiques.

Société des Sciences médicales de Lyon, juillet 1894.

Malade observée dans le service de M. Audry ; cliniquement, il existait des signes de néphrite interstitielle : albuminurie, dyspnée, suffocation, anasarque, bruit de galop, un gros rein droit lobulé. A l'autopsie, nous trouvâmes deux gros reins polikystiques.

Le diagnostic de cette affection est possible, quand on constate une tumeur rénale unique et, à plus forte raison, double, coïncidant avec des signes de néphrite interstitielle: albuminurie, œdème, hématuries, douleurs lombaires. Nous croyons que cette maladie est congénitale (Bard). La théorie admettant l'insuffisance primitive, congénitale des tubes excréteurs du rein, qui se dilatent, à la façon des veines dans l'angiome congénital, est plus admissible que l'ancienne théorie de la dilatation mécanique, et que la théorie plus récente de l'épithélioma kystique du rein (Lejars). Nous avons observé deux fois la transmission de cette affection de la mère à la fille.

Syphilis rénale précoce. Mort.

Province Médicale, 7 septembre 1895.

Nous avons pu observer un cas de cette syphilis rénale précoce, dans le service de M. le professeur Gailleton. Cette forme est plus rare que la syphilis gommeuse, ou scléro-gommeuse, et que la dégénérescence amyloïde (Darier). La maladie évolua en cinq semaines ; elle avait débuté un mois après le chancre. Elle s'était comportée à la manière d'une néphrite infectieuse aiguë.

Nous n'avons pu, en face des résultats négatifs des inoculations, affirmer que les lésions rénales fussent sous la dépendance exclusive de la syphilis ou d'une infection surajoutée.

Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles.

Gazette Hebdomadaire, 5 juillet 1896.

Ayant observé une série de quatre cas de rupture de la tunique vaginale dans des hydrocèles, nous avons fait quelques recherches expérimentales et cliniques.

Dans un travail de 1883, Saint-Martin (cité par Reclus), avait conclu que la rupture se produit à la partie supérieure ou à la partie antérieure de la séreuse : ce lieu d'élection s'explique, disait l'auteur, par l'existence des culs-de-sac, des diverticules dans la portion funiculaire de la vaginale (Béraud). Nous avons provoqué la rupture de la vaginale par des injections expérimentales forcées. Nos conclusions diffèrent quelque peu des anciennes :

1° La plupart du temps, le liquide qui s'échappe d'une vaginale rupturée par distension, est arrêté par la tunique fibreuse ;

2° La rupture provoquée de la tunique vaginale n'a pas de siège de prédilection constant.

Dans les hydrocèles, la rupture de la vaginale se produit également en un point quelconque, d'autant mieux que les lésions d'épaississement ou d'amincissement sont ici disparates et de siège variable ; c'est ainsi que, sans traumatisme, sans cause locale appréciable, doivent s'expliquer certaines ulcérations spontanées.

De l'orchidomie. — Incision exploratrice du testicule et épididymectomie dans la tuberculose du testicule.

Gazette Hebdomadaire, 12 juin 1898.

Nous appelons l'attention sur cette modification du traitement opératoire de la tuberculose du testicule. Les résultats étaient assez anciens pour permettre une juste appréciation de cette méthode conservatrice.

Le procédé consiste à pratiquer systématiquement l'incision exploratrice du testicule, avant ou après une opération qui conservera la glande génitale, telle que l'épididymectomie ; c'est précisément cette combinaison systématique de l'incision exploratrice du testicule avec une opération retranchant tout ou partie de l'épididyme, qui constitue l'originalité de cette méthode.

Les partisans de la castration, dans la tuberculose du testicule, ne peuvent plus élever d'objections formelles contre l'épididymectomie. L'orchidotomie permet, en effet, de choisir, en toute connaissance. L'opération radicale sera effectuée si la grande génitale est tuberculeuse. En cas contraire, le chirurgien se bornerait à l'épididymectomie. Nos observations montrent que cette conduite est justifiée par les résultats immédiats et éloignés.

Hydronéphrose congénitale double. — Malformation de l'orifice uretéro-vésical droit.

(En collaboration avec M. Carrel.)

Gazette Hebdomadaire, 6 avril 1899.

Il s'agit d'un malade du service de M. le professeur Poncet, qui présentait, avec des lésions congénitales, une malformation singulière de l'orifice uretéro-vésical droit. La vessie s'était invaginée dans l'uretère ; cette invagination avait déterminé l'obstruction de l'uretère et la rupture du rein droit.

Nous avons pensé que cette anomalie pouvait être expliquée par un trouble du développement. L'observation est relatée dans la thèse de M. Rattier. Thèse de Lyon, 1899 : *Les épanchements urineux d'origine rénale.*



Fig. 19.

Hydronéphrose congénitale double. — Malformation de l'orifice uretéro-vésical droit. Hernie de la muqueuse dans cet uretère.

A. Prostate. — *B*. Vessie. — *C*. Hernie congénitale de la muqueuse vésicale dans l'uretère. — *D*. Uretère. — *E*. Bassinet.

Des fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque.

(En collaboration avec M. Molin.)

Archives provinciales de chirurgie, novembre 1898.

Dans ce mémoire, est relatée une observation fort instructive de fistule ombilico-vésicale d'origine congénitale, apparaissant chez un prostatique, âgé de 63 ans. Cet individu présentait, au moment de sa naissance, une fistule urinaire de l'ombilic, qui se tarit à l'âge de trois mois. L'hypertrophie prostatique, avec rétention et infection à l'âge de 63 ans, détermina la réapparition de l'urine à l'ombilic. La persistance de la perméabilité de l'ouraque était ainsi restée latente pendant fort longtemps.

Nous avons, à l'occasion de ce fait, recueilli dans le service de M. Jaboulay, réuni les cas analogues, au nombre de 25. Nous avons également étudié les causes occasionnelles qui jouent un rôle dans la réapparition du trouble de développement; elles se résument dans la rétention ou l'infection vésicale. Quant à la pathogénie de cette malformation, elle s'explique de plusieurs manières : perméabilité ouracale complète (Forgue et Morer, Haller), ou incomplète (Wutz, Luschka), au moment de la naissance. Ces diverses théories s'appliquent certainement chacune à quelques cas. Ce travail a été le point de départ de la thèse de M. Fléchet (Lyon, 1899).

Enorme calcul d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie.

Gazette des Hôpitaux, 13 mars 1900.

Leriche. — **De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule.**

Archives provinciales de chirurgie, février 1901.

Nous avons inspiré ce travail, basé sur une observation personnelle démonstrative. Le testicule, en migration défectueuse, était situé immédiatement sous la peau de l'abdomen, au-dessus de l'arcade fémorale droite. Une vaginale normale l'entourait; son cordon remontait dans le canal inguinal en passant à travers l'orifice externe, normalement conformé, du canal inguinal.

L'ectopie sous-cutanée abdominale, fort rare, a été très discutée (Reclus). Notre cas en est un exemple incontestable. Il s'agit d'une ectopie sous-cutanée typique : testicule hors de l'anneau, avec cordon traversant l'orifice externe du canal inguinal, situation sous la peau, en avant de tout feuillet aponévrotique.

La migration défectueuse s'expliquait par l'existence d'un anneau fibro-élastique très serré, qui oblitérait l'extrémité supérieure de la bourse. Dès lors, la voie ordinaire étant fermée, la glande génitale avait dû remonter sous la surface cutanée de l'abdomen. Il n'existait pas d'insertion vicieuse du *gubernaculum*, le malade n'avait pas porté de bandage.

A côté de ce type, nous admettons une seconde variété d'ectopie sous-cutanée abdominale, démontrée par un fait de Grüber. Ici, le testicule ne sort pas par l'orifice externe du canal, mais par une éraillure de la paroi antérieure. La situation du cordon établit la distinction entre ces deux variétés.

De l'ectopie congénitale du rein (considérations cliniques et thérapeutiques).

Revue de chirurgie, septembre 1902.

Ce travail a été inspiré par l'observation d'une femme atteinte de violentes douleurs rénales droites, produites par un rein congénitalement ectopié (service de M. le professeur Poncet). Ces douleurs revenaient par crises, rappelant les signes, regardés généralement comme caractéristiques, de la rétention rénale intermittente. Elles affectaient l'allure de la colique néphrétique avec hématuries et avec les irradiations habituelles dans le membre inférieur et dans l'aine.

Malgré cet ensemble symptomatique, une première opération démontra l'absence complète de dilatation du bassinet. Un simple décollement du rein entraîna la disparition complète des douleurs pendant deux ans, probablement par les modifications circulatoires produites au niveau de la capsule du rein ou par action nerveuse sur le sympathique rénal. Les douleurs ayant fait à nouveau leur apparition, il fallut pratiquer une néphrectomie transpéritonéale, à cause de la multiplicité des pédicules vasculaires qui ne permettaient pas l'emploi de la voie lombaire.

Le bassinet n'était pas dilaté, il n'y avait pas de néphrite sur les coupes microscopiques, pas de calculs dans le rein. La douleur, produite ici par la simple congestion rénale, ne s'expliquait pas par des troubles de circulation uretérale. La colique néphrétique, déterminée d'ordinaire par la migration d'un calcul, n'est ainsi, dans quelques cas exceptionnels qu'un mode de souffrance du rein (Guyon).

La malade a été définitivement guérie après la néphrectomie.

Anurie calculeuse et rein unique.
(En collaboration avec M. Duteil.)

Archives générales de Médecine, décembre 1904.

Nous avons observé, dans le service de M. Poncet, un sujet atteint d'anurie calculeuse, et nous avions pu fixer le côté malade en dernier lieu. La néphrotomie, qui nous avait permis de retirer un calcul obstruant l'origine de l'uretère, n'avait pas permis d'obtenir un succès. A l'autopsie, nous constations l'absence du rein opposé, le rein gauche.

A ce propos, nous rappelons les signes cliniques qui permettent de reconnaître le côté obstrué en dernier lieu. Nous recherchons ensuite quelle est la cause de cette anurie calculeuse, en général. Le relevé nous paraît probant : ou bien, il manque un rein, tel est notre cas ; ou bien, le rein opposé est détruit physiologiquement (calculs, néphrite, etc.). L'anurie est mécanique dans la généralité des cas. L'anurie réflexe est discutable, le réflexe seul n'agit, en effet, que pendant un temps fort court, dans l'anurie traumatique, par exemple. Si l'anurie dure un certain temps, elle suppose de graves lésions du rein opposé (Legueu).

La thérapeutique se résume dans la néphrotomie précoce, aussitôt le diagnostic bien nettement fixé. Il est essentiel de savoir quel est le côté atteint le dernier.

Cancer du rein. Néphrectomie lombaire.

Soc. des Sc. méd. de Lyon, juin 1902.

Néphrectomie dans la tuberculose primitive du rein.

Soc. des Sc. méd. de Lyon, mars 1903.

Le meilleur traitement, en pareil cas, est la néphrectomie lombaire, adoptée par l'école de Necker. La néphrotomie ne reste plus qu'une opération de nécessité. La cystoscopie, la séparation des urines et le cathétérisme des uretères sont souvent nécessaires.

Une des malades, guérie depuis trois ans, a pu mener à bien une grossesse.

Des gros kystes de l'ouraque.

(En collaboration avec M. Cotte).

Revue de chirurgie, mars 1906 (4 fig.).

Nous étudions ici la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement de ces kystes, bien signalés déjà par les professeurs Lannelongue, Kirmisson, L. Tait, etc. Si les petits kystes de l'ouraque sont d'une observation assez courante, par contre les grosses tumeurs kystiques sont tellement rares qu'on en avait mis en doute la réalité, il y a peu de temps encore.

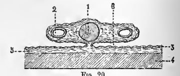


Fig. 20

Mésocyste (Cunéo et Veau), la persistance du méocyste est la cause des kystes intrapéritonéaux de l'ouraque; 1, ouraque; 2, artère ombilicale; 3, péritoine pariétal; 4, paroi abdominale; 5, tissu sous-péritonéal.

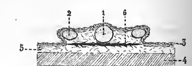


Fig. 21

Accolement du méocyste. Pour les numéros, voy. fig. 20. (S'il y a accolement du méocyste, le kyste de l'ouraque est extra-péritonéal).

L'observation, que nous rapportons, et qui a été recueillie à la clinique de M. Poncet, nous a paru démonstrative. Le kyste descendait dans le bassin, mais il n'avait aucune adhérence avec les organes génitaux. On vit nettement qu'il prenait son insertion au sommet de la vessie, au niveau de la portion terminale de l'ouraque. Ce pédicule était mani-

festement sous-péritonéal. Après la section de ce pédicule, la tumeur fut complètement libérée. *Anatomiquement*, il s'agissait donc d'un kyste de l'ouraque.

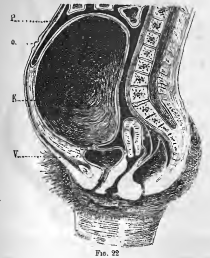


Fig. 22
Kyste de l'ouraque adhérent à la paroi abdominale et communiquant avec la vessie (sous-péritonéal).

Sur les *coupes histologiques* (Dor) on constate l'existence de deux couches : l'une supérieure, moins bien colorée, l'autre inférieure, qui a mieux pris les réactifs colorants. La première de ces couches est composée surtout d'un tissu mucoïde, renfermant des cellules étoilées à très nombreux prolongements qui forment, par leurs anastomoses, un système de dentelles à mailles horizontales, dans lesquelles on voit de nombreuses cellules rondes, à gros noyaux et

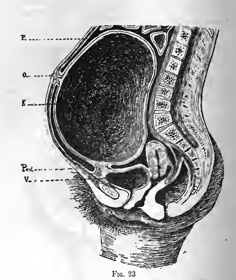


Fig. 23
Kyste intra-péritonéal de l'ouraque, adhérent à l'ombilic et ne communiquent pas avec la vessie.

quelques globules rouges. Les cellules étoilées sont de plus en plus nombreuses, à mesure qu'on se rapproche de la limite interne de la coupe. A ce niveau, la préparation se termine d'une façon franche; sur toute son étendue, on n'aperçoit en aucun endroit le moindre vestige d'un épithélium quelconque. Il existe seulement, par places, quelques amas fibrineux.

Dans ce stroma mucoïde, on rencontre enfin des points isolés où il existe de petits fascicules de fibres musculaires lisses.

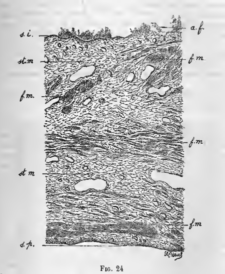


Fig. 24

Coupe de la paroi du kyste de l'onraque : *s. i*, surface interne avec *a. f*, amas fibrineux ; *st. m*, stroma mucoïde renfermant de nombreux vaisseaux embryonnaires ; *f. m*, fibres musculaires lisses ; *s. p*, surface péritonéale.

La deuxième couche de la préparation est constituée à peu près exclusivement par un enchevrêtement de fibres musculaires lisses et par de grandes bandes de tissu fibreux, au milieu desquelles on distingue quelques fibres élastiques. Ces fibres musculaires, qui forment par leur réunion des faisceaux plus ou moins compacts, n'ont aucune orientation définie, elles sont surtout horizontales. Cette paroi est très riche en vaisseaux, dont les uns ont des parois embryon-

naires, dont les autres ont une paroi très épaisse. Sur ces derniers, on ne trouve pas la disposition stratifiée des artères normales, mais une disposition qui rappelle celle des vaisseaux néo-formés des tumeurs congénitales.

Deux observations d'ectopie périnéale du testicule. Considératione pathogéniques.

(En collaboration avec M. Mouriquand.)

Bulletin médical, (sous presse).

Dans ces deux observations, le pôle inférieur du testicule et la queue de l'épididyme étaient reliés à la face profonde de la peau du périnée par un long et gros cordon, très nettement différencié, dans lequel on put reconnaître des fibres musculaires et des vaisseaux. Ce cordon, qui ne pouvait être un artifice de dissection, représentait le ligament scrotal avant sa rétraction ; il en possédait, en effet, l'insertion testituclaire.

L'insertion périnéale était une insertion anormale. C'est sans doute à ce vice d'insertion que l'on doit attribuer la migration testiculaire aberrante.

La présence de fibres musculaires striées, dans ce cordon, semble prouver qu'il représentait bien le gubernaculum testis (Reclus, Sébileau). Les observations de pareilles constatations sont rares, et nous avons pensé qu'elles étaient dignes de mention.

VAISSEAUX

Ecrasement sous-cutané de l'artère et de la veine poplitées. — Gangrène consécutive. — Amputation

Province Médicale, 1er août 1895 (1 figure).

Observation due à l'obligeance de M. le professeur Maurice Pollosson, dans laquelle la gangrène évolua sans fièvre pendant un mois.



Fig. 25
La sonde cannelée soulève l'artère et la veine poplitées écrasées. Le nerf est intact.

Ulcération de l'artère poplipée dans une ostéomyélite prolongée du fémur. — Mort.

Archives prov. de Chirurgie, janvier 1897 (1 figure).

Anévrysme diffus de la jambe par déchirure de l'artère péronière gauche. — Ouverture du sac et ligature des deux bouts

Archives prov. de Chirurgie, 1er mai 1876.

Cette observation, recueillie chez M. le professeur Poncet, a été relatée, avec une seconde observation, dans la thèse de M. Sivan 1900-1901 : *des anévrysmes de l'artère péronière*. Nous signalons un signe des anévrysmes de l'artère péronière. Il y a simultanément, en arrière de la jambe, des signes d'anévrysme, en avant des signes d'anévrysmes. Dans de telles conditions, il s'agit d'un anévrysme péronier, qui refoule en avant le ligament interosseux, avec lequel l'artère a des rapports intimes, et simule un anévrysme de l'artère tibiale antérieure.

De l'extirpation des anévrysmes supérieure de la carotide primitive.

Revue de Chirurgie, janvier 1907.

Ce travail a pour point de départ une observation d'anévrysme de la partie supérieure de la carotide primitive, traité avec succès par l'extirpation (service de M. Poncet). Nous pouvons y ajouter neuf cas de semblables anévrysmes traités par l'ablation, avec 9 guérisons et un décès.

Il semble donc que cette méthode de l'extirpation qui, théoriquement était la meilleure, peut aussi être considérée comme la méthode de choix, selon les résultats qu'elle a donnés.

Ses avantages sur la ligature et l'incision sont indéniables tant au point de vue des résultats immédiats qu'au sujet des résultats éloignés. L'extirpation favorise peut-être la migration des caillots pendant l'acte opératoire. Mais elle met à l'abri de tous les accidents secondaires : thrombrose,

suppuration hémorragies secondaires, etc., qui suivent parfois les deux autres méthodes, ligature ou incision. Or ces accidents sont beaucoup plus fréquents que les embolies immédiates.

La méthode de Brasdor doit être réservée aux anévrysmes inférieurs de la carotide, la simple ligature, aux malades trop cachectiques, l'incision du sac sera enfin réservée à ces anévrysmes qui semblent inextirpables à cause de leurs adhérences.

Pour éviter les embolies opératoires, on liera au début, si c'est possible, la carotide interne. Malheureusement, on ne pourra pas toujours aborder cette artère profondément cachée, avant d'avoir lié la carotide primitive. Tel fut le cas dans notre observation.

De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales.

(En collaboration avec M. Duteil.)

Revue de Chirurgie, mars 1905.

Dans ce mémoire, nous nous proposons, en nous basant sur deux faits recueillis à la clinique de M. Poncet et sur les expériences antérieures, de défendre une fois de plus la réalité de l'entrée de l'air dans les veines, phénomène si discuté.

Nous étudions, tout d'abord, la physionomie clinique, si impressionnante, de cet accident, dont nous avons pu suivre les différentes phases chez l'un de nos opérés.

Après avoir passé en revue les différentes théories invoquées pour expliquer la mort, la théorie cérébrale de Morgagni et Bichat, la théorie cardiaquo admise par Amussat, Magendie, Laborde, la théorie pulmonaire, imaginée par Leroy d'Etiolles et Bœrrhaave, nous avons pensé que chaque cas pouvait s'expliquer par l'ensemble de plusieurs causes : la *théorie cérébrale* nous expliquerait plutôt les cas où la distension du cœur n'est pas très nette ; n'est-il pas logique d'attribuer alors les accidents à une embolie gazeuse qui a pu ensuite se dissoudre dans le sang et ne pas laisser de traces à l'autopsie. La *distension cardiaque* joue également

son rôle, non pas tant par ce qu'elle réduit la fibre musculaire cardiaque à l'impuissance, que par ce qu'elle amène des troubles dans la statique générale cardio-vasculaire. Couty avait élucidé ces faits depuis longtemps.

Quant *aux embolies coronariennes*, elles doivent donner lieu à des accidents ; aux autopsies des animaux ou des sujets morts par ambolie gazeuse, on trouve constamment des gaz qui fragmentent la colonne sanguine dans les veines coronaires. Les bulles d'air dans les coronaires entraînent probablement l'ischémie du cœur ; on sait que l'athérome des coronaires est capable de déterminer la mort par le mécanisme de l'ischémie.

Pour *la théorie pulmonaire*, elle ne saurait guère être admise que comme cause adjuvante; il ne semble pas probable que l'obstacle, au niveau des capillaires, devienne jamais assez sérieux pour arrêter la contraction cardiaque ; toutefois, cet obstacle existe et viendra encore s'ajouter à la gène croissante du cœur, déjà troublé dans sa fonction par les modifications de la tension sanguine.

Une des conditions prédisposantes, les plus intéressantes à étudier, serait l'*anémie hémorragique* du sujet.

Quant au traitement curatif, il devrait consister dans la *ponction de l'oreillette droite*. Nous avons pu ramener ainsi du sang strumeux, du reste sans empêcher la mort de l'opéré. L'avenir montrera si cette conduite, imitée de Bégouin (1893), doit être reprise, en cas de besoin.

OS ET ARTICULATIONS

Résection du sternum pour ostéite tuberculeuse. — Résection du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse.

Province Médicale. 5 décembre 1896.

Recueillie dans le service de M. le professeur M. Pollosson.

Ostéo-périostite albumineuse due à un nouvel agent pathogène.

(En collaboration avec M. Péhu.)

Gazette des Hôpitaux, 13 septembre 1898.

Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une ostéo-périostite albumineuse dans lequel fut retrouvé un bacille spécial. La périostite séreuse est donc provoquée par des organismes divers ; elle n'est pas spécifique (Lannelongue).

Ankylose osseuse de la hanche consécutive à une ostéomyélite.

Société de Médecine de Lyon, 20 décembre 1897.

De la résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou.

Gazette des Hôpitaux, 9 novembre 1899.

Nous discutons, dans ce mémoire, les indications, les avantages, les inconvénients des arthrotomies, ou des résections articulaires après les plaies du genou. Avec MM. les professeurs Poncet et Ollier, nous pensons que,

dans bien des cas, la résection précoce d'une arthrite infectieuse constitue le meilleur traitement de cette complication grave, au moins chez l'adulte. La résection est « la plus haute expression du drainage articulaire ». Dans cette opération, on doit enlever 2 à 3 centimètres seulement des os et drainer largement, sans suture. La résection n'a, en effet, d'autre but que de produire un espace interosseux pour un drainage efficace.

L'arthrotomie est, cependant, suffisante, quand la virulence microbienne est atténuée, comme dans l'observation suivante. Nous avons eu l'occasion de guérir, par la résection, deux malades atteints d'une arthrite infectieuse grave, d'origine traumatique.

Arthrite suppurée du genou gauche d'origine traumatique. — Arthrotomie. — Guérison.

Gazette Hebd., 7 septembre 1900.

De la résection précoce du genou, dans une arthrite infectieuse traumatique. — Guérison.

Soc. des Sciences Méd., 28 février 1900.

Exostose sous-ungéale du second orteil.— Sa pathogénie.

Cette tumeur était engendrée par l'irritation chronique des tissus fibro-périostiques sous-unguéaux. L'exostose sous-unguéale des orteils relève souvent d'une infection locale et d'un traumatisme souvent répété. (Th. Miramond, Lyon 1898).

DIVERS

Note sur un botryomyoome occupant le bord cubital de la main droite.

Gazette Hebdomadaire, 7 septembre 1899.

Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale.

Gazette des Hôpitaux, 12 juin 1900.

Botryomycome de la face palmaire du petit doigt.
(En collaboration avec M. Gauthier.)

Gazette des Hôpitaux, 8 novembre 1900.

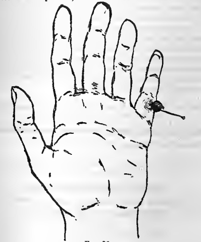


Fig. 26.

Elève de M. le professeur Poncet, nous avons pu observer plusieurs cas de botryomycose humaine. Ceux que nous avons publiés, siégeaient à la main, parce que cette région découverte est souvent atteinte de plaies et s'inocule facilement à des contacts fréquents.

Note sur un cas d'hygroma d'une bourse séreuse infra-patellaire anormale (située entre l'aileron externe et le rebord correspondant du plateau tibial).
Gazette Hebdomadaire, 2 juin 1894).

Ce cas nous a paru intéressant à signaler, avec M. Rochet, pour les raisons suivantes:

1° Il s'agit d'un hygroma tuberculeux développé dans une bourse séreuse atypique, voisine de la bourse séreuse prétibiale, mais distincte d'elle, et située bien en dehors d'elle, sous *l'aileron externe de la rotule*, entre cet aileron et le rebord externe du plateau tibial.

2° Cet hygroma n'est pas resté bridé sous l'aileron; il a perforé celui-ci en bouton de chemise, et est venu s'étaler sous la peau jusqu'au devant et même jusqu'en dedans du ligament rotulien, en formant là un large diverticule sous-cutané, encadrant la pointe de la rotule. Cet aspect modifiait l'apparence clinique habituelle de l'hygroma prétibial. Il n'y avait pas de lésions de la rotule.

Neuro-fibromatose généralisée et xanthome du bras droit.
Gazette des Hôpitaux, 28 avril 1896.

Névrome plexiforme intercostal.
Société nat. de Médecine de Lyon, 29 mars 1897.
(En collaboration avec M. Bonne.)

Neuro-fibromatose et névrome plexiforme.

Gazette Hebdomadaire, 27 mars 1898.

Grâce à la bienveillance de MM. Poncet et Vincent, nous avons pu, un des premiers à Lyon, attirer de nouveau l'attention sur la neuro-fibromatose ou maladie de Recklinghausen. Cette affection est caractérisée par des tumeurs dermiques ou sous-dermiques, par des tumeurs sur le trajet des nerfs, par une tumeur principale profonde.

Dans nos deux observations, la tumeur principale coïncidait avec des malformations cutanées. L'une d'elles était constituée par un xanthome, l'autre par un névrome plexiforme. Dans ce dernier cas, il y avait hypertrophie des éléments de la gaine des nerfs, aucune prolifération des cylindraxes.

Ces tumeurs profondes et principales dégénèrent souvent. Dans l'un de nos cas, la transformation maligne entraîna la mort du malade, un an après une première intervention. L'opération avait démontré que cette tumeur xanthomateuse s'était développée sur le nerf radial.

Les malformations atteignant avec prédiction les nerfs et le tissu cutané, nous avons pensé, avec Marie et Feindel, qu'il s'agissait d'une malformation d'origine congénitale atteignant le feuillet ectodermique, au début de la vie intra-utérine.

Traitement des brûlures étendues par la méthode antiseptique. — Ses avantages.

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 8 novembre 1899.

Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli. — Guérison.

Gazette des Hôpitaux, 4 septembre 1900.

La méthode de Baccelli a donné une guérison, dans le service de M. Poncet. Elle consiste à injecter, toutes les quatre heures, deux centimètres cubes d'une solution comprenant : eau, 50 gr.; acide phénique, 1 gr.

Le bacille du tétanos étant très susceptible à l'acide phénique (Arloing), cette thérapeutique rationnelle mérite d'être expérimentée en France, en présence de l'insuccès des autres méthodes dirigées contre le tétanos.

Lame de couteau implantée entre la base des apophyses épineuses depuis quatorze ans. — Réveil des phénomènes inflammatoires, il y a deux mois.

Soc. des Sc. méd. de Lyon, 6 mai 1896.

Observation due à l'obligeance de M. le professeur M. Pollosson, et remarquable par la tolérance prolongée d'un corps étranger volumineux.

Lyon. — Association Typographique, 12 Rue de la Barre.